

Osteoporoosipotilaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmallin kehittäminen ja prosessien mallintaminen

Lahden kaupungin sosiaali- ja
terveystoimialalla

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sosiaali- ja terveysalan
kehittäminen ja johtaminen
Opinnäytetyö ylempi AMK
Syksy 2015
Iiris Salomaa

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

SALOMAA, IIRIS: Osteoporoosipotilaan tutkimus-, hoito ja kuntoutusmallin
kehittäminen ja prosessien mallintaminen
Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalla

82 sivua, 4 liitesivua

Syksy 2015

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämishankkeena. Tarkoituksena oli kehittää osteoporoosipotilaan hoitoa sekä kaatumisten ja murtumien ehkäisyä Lahden kaupungin Sosiaali- ja terveystoimialalla. Kehittämishankkeen tarpeellisuus perustui siihen, että osteoporoosi, kaatumisvammat ja luunmurtumat ovat lisääntyneet merkittävästi viime vuosikymmeninä. Samalla terveydenhuoltopalvelut keskittyivät sairauden aiheuttamien vammojen seurauksiin, kuten murtumien hoitoon. Kaatumisia ja osteoporoottisia murtumia voidaan ehkäistä merkittävästi edullisemmin keinoin. Osteoporoosi on nykyisin niin yleinen sairaus Suomessa, että se luokitellaan kansansairaudeksi.

Kehittämishankkeen tavoitteena oli moniammatillisena yhteistyönä kehittää osteoporoosipotilaan saumaton tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmalli, sekä mallintaa ja juurruttaa siihen sisältyvät toimintaprosessit. Kehitetyt mallit ja toimintaprosessit parantavat ja selkiyttävät osteoporoosin ja murtumien riskissä olevien kaupunkilaisten Käypä hoito –suositusten (2014) mukaisen hyvän hoidon ja kuntoutuksen sekä varmistavat sujuvan tutkimus-, hoito- ja kuntoutumisprosessin.

Tietoperusta muodostui osteoporoosiin ja murtumiin, kaatumisten ehkäisyyn, prosesseihin, prosessijohtamiseen ja -mallinnukseen liittyvästä kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Lisäksi tietoperustassa käsiteltiin toimintatutkimusta ja kommunikatiivista toimintatutkimusta.

Työn tuloksena syntyi osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmalli sekä prosessikuvaukset malliin sisältyvistä luusto-
hoitajan ja Kaatumis- ja osteoporoosiklinikan toimintaprosesseista. Kehittämishankkeen edetessä vahvistui käsitys siitä, että toimintaa ja yhteistyötä on edelleen kehitettävä toimialan sisällä, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän sekä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.

Asiasanat: osteoporoosi, murtumat, prosessit, toimintatutkimus, kommunikatiivinen toimintatutkimus

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of social and health care
Master's Programme in Development and Management in Social and
Health Care

SALOMAA, IIRIS:

Development of osteoporosis patients'
examination, treatment, rehabilitation
and modelling of processes
Lahti city social- and health services

82 pages, 4 pages of appendices

Autumn 2015

ABSTRACT

This thesis was carried out as a working life based development project. The purpose was to improve osteoporosis patients' treatment as well as preventing bone fractures in the social and health care sector of the city of Lahti. The need for the development project was based on the fact that the amount of osteoporosis, falling injuries and bone fractures has risen significantly over the past few decades. At the same time health care services are focusing on the consequences of the injuries caused by the disease, such as fracture treatment. Falls and osteoporotic fractures can be prevented in remarkably less expensive ways. Osteoporosis today is such a common disease in Finland that it is classified as a national disease.

The development project's aim was, as a multi-professional cooperation, to improve osteoporosis patients' models for seamless examination, treatment and rehabilitation, and to model and root the processes included. The developed operating model and processes improve and clarify the Current Care guideline compatible good treatment and ensure a fluent examination, treatment and rehabilitation process for the citizens in the osteoporosis and bone fracture risk group.

The knowledge base consists of literature and research on the subjects of osteoporosis, bone fracture, prevention of falls, process management and process modeling. In addition, the knowledge base covers action research and communicative action research.

As the result of this thesis, an examination, treatment and rehabilitation model for people in the osteoporosis and fracture risk group was created and a process description for skeletal nurses and falling and osteoporosis clinic's operating processes. As the development project advanced, it became clear, that the activity and cooperation must be further developed within the Social and Health Care sector of the city of Lahti, and with Päijät-Häme Social and Health Care group.

Key words: osteoporosis, bone fractures, processes, action research, communicative action research

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	5
2.1	Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet	5
2.2	Kohdeorganisaatio	5
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	9
3.1	Osteoporoosin tutkiminen ja hoito	9
3.2	Kaatumistapaturmat ja murtumat	13
3.3	Prosessit ja prosessiorganisaatio	20
3.4	Prosessijohtaminen ja prosessin omistaminen	22
3.5	Prosessit julkishallinnon organisaatioissa	24
3.6	Prosessien kehittäminen, määrittely ja arviointi	28
4	TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ	34
4.1	Toimintatutkimus	34
4.2	Kommunikatiivinen toimintatutkimus	37
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	39
5.1	Kehittämishankkeen eteneminen	39
5.2	Kehittämishankkeen lähtötilanne ja suunnittelu	40
5.3	Toiminta ja havainnointi	43
5.4	Toiminta ja reflektointi	44
5.5	Reflektointi ja uusi parempi suunnitelma	53
5.6	Moniammatilliset osteoporoosikoulutukset ja juurruttaminen	56
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	58
6.1	Osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tutkimus- hoito- ja kuntoutusmalli	58
6.2	Riskiasiakkaan tunnistaminen	59
6.3	Riskiasiakkaan tutkimuksiin ohjaus	60
6.4	Luustohoitajan vastaanottotoiminta	62
6.5	Kaatumis- ja osteoporoosiklinikka Kaaos	62
6.6	Lääkärin toiminta	64
6.7	Luustoinfo	65
6.8	Avomuotoinen sopeutumisvalmennuskurssi, ASKO	66
6.9	Jatkohoito ja seuranta	68

6.10	Päijät-Hämeen osteoporoosiyhdistys ja Suomen Luustoliitto	68
7	KEHITTÄMISHANKKEEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	70
7.1	Kehittämishankkeen prosessin arviointi	70
7.2	Kehittämishankkeen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	74
7.3	Kehittämishankkeen tulosten arviointi ja johtopäätökset	77
7.4	Jatkokehittämisaiheet	80
	LIITTEET	93

1 JOHDANTO

Tulevien vuosikymmenien aikana Suomi ikääntyy nopeasti. Väestön ikääntymisen seurauksena palveluiden tarve kasvaa ja huoltosuhde heikkenee. Poliittiset päättäjät ja kuntien viranhaltijat joutuvat miettimään keinoja, joilla väestön tarvitsemat palvelut saadaan järjestetyksi tulevaisuudessakin asiakaslähtöisesti, laadukkaasti ja samalla sekä vaikuttavasti että taloudellisesti. Resursoinnin määrän sijasta on tarkasteltava panostuksen tarkkaa kohdentamista, johtamisen laatua, hoito- ja palveluprosessien saumatonta toimivuutta yli organisaatorajojen, päätöksenteon toimivuutta sekä toiminnan vaikuttavuutta. (STM 2008, 3, 9; Lahden kaupungin strategia 2025, 16–19.)

Juha Sipilän hallitusohjelmassa (2015, 20) sosiaali- ja terveydenhuollon painopiste on ennaltaehkäisyssä. Tavoitteina ovat muun muassa sujuvat hoitoketjut ja -prosessit, terveyden edistäminen ja varhaisen tuen vahvistuminen sekä terveys- ja hyvinvointierojen kaventuminen. Myös kansalaisten vastuuta omasta terveydentilastaan sekä elämäntavoistaan on tuettava ja ikääntyneiden ihmisten kotiin saatavia palveluja on painotettava. Uudistusten myötä yhteisillä varoilla saadaan enemmän terveyttä ja hyvinvointia. Lahden kaupungin strategiassa 2025 toiminnalle on asetettu vastaavanlaiset tavoitteet (Lahden kaupungin strategia 2025).

Julkisen hallinnon suosituksissa (JHS 2012, 1) todetaan, että toimintaprosessien kehittäminen liittyy organisaation suunnitteluun ja kehittämiseen. Niiden pohjana ovat organisaatiossa hyväksytyt visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet. Organisaatiossa yhtenäisellä tavalla kuvatut prosessit auttavat hallitsemaan kokonaisuuksia, jäsentämään prosesseja ja toimijoiden keskinäisiä vastuita sekä löytämään toiminnan tehostamistarpeita. Lisäksi prosessikuvauksia voidaan hyödyntää työhön perehdyttämisessä, koulutusten ja tietojärjestelmien kehittämisessä sekä johtamisen välineenä.

Tantun (2007, 11, 13) mukaan palveluketju on toimintamalli, jolla julkisessa terveydenhuollossa pyritään muuttamaan nykyistä organisaatiokeskeistä palvelujärjestelmää entistä asiakaslähtöisemmäksi. Saumattomien

ja joustavien palveluketjun eli palveluprosessin avulla asiakkaille pyritään tarjoamaan tarkoituksenmukaisia ja asiakasta kunnioittavia palveluita, jotka vastaavat heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa. Palveluketju perustuu moniammatillisesti tuotettujen palveluiden kokonaisuuteen, jonka toimivuus edellyttää henkilöstön ammattitaidon ylläpitämistä, kehittämistä sekä toimintojen yhteensovittamista kaiken aikaa muuttuvissa toimintaympäristöissä.

Palvelujärjestelmien kehittämisen taustalla ovat myös tuottavuuden parantamiseen liittyvät haasteet (Rissanen & Lammintakanen 2011, 31). Tähän haasteeseen vastaa osaltaan Sipilän hallituksen tavoitteleva Sote- ja itsehallintouudistus (2015), jonka ensisijainen tavoite on integroida erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelut saumattomaksi palvelukokonaisuudeksi. Asiakaslähtöiset ja sujuvat palveluketjut parantavat palveluiden laatua ja vaikuttavuutta, asiakkaan saamaa hyötyä sekä vähentävät kustannuksia (Virtanen, Suoheimo, Lemminkäinen, Ahonen & Suokas 2011, 58).

Osteoporoosi eli luukato on luuston sairaus, jossa luun lujuuden heikentyminen altistaa murtumille. Osteoporoosi on yleistynyt viimeisten vuosikymmenien aikana, ja se luokitellaankin jo suomalaisten kansansairaudeksi. Kaatumistapaturmat ja murtumat aiheuttavat inhimillistä kärsimystä, lisäävät yhteiskunnan kustannuksia, sitovat runsaasti terveydenhuollon voimavaroja ja heikentävät usein asiakkaan jo ennestään heikkoa liikunta- ja toimintakykyä. Kaatumistapaturmat seurauksineen aiheuttivat vuonna 2012 pelkästään sairaalahoitokustannuksia Suomessa lähes 400 miljoonaa euroa (THL tapaturmakatsaus 2014).

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää osteoporoosin riskissä olevien asiakkaiden hoitoa Lahden kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä moniammatillisissa työryhmissä. Kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää systemaattinen ja saumaton toimintamalli osteoporoosin riskissä olevien asiakkaiden tunnistamiseen, tutkimiseen, hoitoon ja

kuntoutukseen. Tavoitteena oli myös kehittää toimintamalliin sisältyviä toimintaprosesseja ja mallintaa ne Integrated Management System (IMS) – ohjelmiston avulla, joka on Lahden kaupunkiorganisaation käytössä oleva prosessien mallinnusohjelma. Lisäksi suunniteltiin ja käynnistettiin toimintamallin juurruttaminen osaksi organisaation pysyvää toimintaa.

Tämä opinnäytetyönä toteutettu kehittämishanke on jatkoa Lahden sosiaali- ja terveydenhuollossa jo aiemmin aloitetulle kehittämistyölle. Lahden Vanhustenpalveluiden ja kuntoutuksen yksikössä käynnistettiin syksyllä 2010 Kaatumis- ja osteoporoosiklinikan (Kaaos-klinikan) toiminta. Kaaos-klinikan toiminnan tavoitteena on ehkäistä ikääntyvien lahtelaisten kaatumistapaturmia ja luukatoa sekä niistä aiheutuvia luunmurtumia ja muita vammoja lisäämällä kaupunkilaisten, henkilökunnan sekä eri toimijoiden tietoisuutta kaatumisen riskeistä ja ehkäisyn keinoista. Kaaos-klinikan toiminnan kohderyhmänä ovat pääasiassa lahtelaiset ikääntyvät, joilla on kohonnut riski kaatua ja saada luunmurtuma. Klinikalla riskiasiakkaiden terveyttä ja toimintakykyä tutkitaan laaja-alaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Kaikkiin havaittuihin riskitekijöihin puututaan (LIITE 1). Kaaos-klinikan toimintamallin avulla voidaan ehkäistä lähes 30 % kaatumisista sekä niistä aiheutuneista vammoista ja murtumista jo vuoden seurannan aikana. (Palvanen, Kannus, Piirtola, Niemi, Parkkari & Järvinen 2014, 265, 269–270.) Samoilla toimenpiteillä tuetaan asiakkaan toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä.

Kaaos-klinikan toiminnan käynnistymisen myötä ilmeni tarve tehostaa osteoporoosin riskissä olevien asiakkaiden tunnistamista ja hoitoa laajemminkin riskin yleisyyden vuoksi. Vuonna 2011 käynnistettiin Luustohoitajien toimintaprosessin suunnittelu moniammatillisessa työryhmässä. Lisäksi vuonna 2011 alkoi yhteistyö Suomen Luustoliiton ja paikallisen Päijät-Hämeen Osteoporoosiyhdistyksen kanssa. Tavoitteena oli kehittää yhteistyössä luustokuntoutujien avomuotoista sopeutumisvalmennusta ja kuntoutusta. Tämän opinnäytetyöprosessin käynnistyessä vuonna 2013 mainittuja toimintoja oli kehitetty ja toimintaa pilotoitu.

Tämän opinnäytetyön kehittämiskohteiksi nousivat erityisesti riskiasiakkaiden tunnistaminen sekä tutkimuksiin, hoitoon ja kuntoutukseen ohjautuminen, mikä oli sattumanvaraista. Tyypillistä oli, että asiakkaiden murtumat hoidettiin asianmukaisesti, mutta asiakkaan luuston kunto jäi kartoittamatta hoitavassa yksikössä, eikä asiakasta myöskään ohjattu muualle tutkimuksiin. Asiakkaalla oli saattanut olla useita, jopa kymmenen murtumaa, mutta kukaan ei ollut pysähtynyt arvioimaan niiden syytä. Myöskään osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusprosessi ei ollut yhdenmukainen ja saumaton. Eri yksiköissä toimivat lääkärit käynnistivät tutkimukset ja hoidon hyvin kirjavasti, usein asiakkailta jopa evättiin tutkimuksiin pääsy. Jos osteoporoosi diagnoosi oli tehty, suunnitelma seurannasta puuttui usein. Käypä hoito – suositusten mukaan (2014, 26) osteoporoosi on pitkäaikaissairaus, jolloin diagnoosin saaneille asiakkaille on tehtävä suunnitelma paitsi sairauden hoidosta, myös sen seurannasta. Osteopenia- tai osteoporoosi diagnoosin saaneista asiakkaista vain osa ohjautui Luustoinfoon saamaan ensitietoa sairaudestaan ja sen omahoidon kulmakivistä sekä jatkokuntoutuksen ja vertaistuen mahdollisuuksista.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan osteoporoosia sekä sen hoidon ja kuntoutuksen kehittämistä Lahden kaupungin Sosiaali- ja terveystoimialalla. Kehittämishankkeen yhdistävänä tietoperustana ovat osteoporoosi ja sen hoito, kaatumistapaturmat ja murtumat sekä terveydenhuollon toimintaprosessit ja prosessijohtaminen. Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksen mallin mukaisesti. Kehittämishankkeen tuloksena syntynyt toimintamalli ja siihen sisältyvät toimintaprosessit sekä IMS – prosessienmallinnusohjelman avulla mallinnetut prosessikuvaukset. Myös toimintamallin mukaisen toiminnan juurruttamista ja siihen sisältyviä jatkosuunnitelmia esitellään työn lopussa.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää osteoporoosin riskissä olevien asiakkaiden tutkimista, hoitoa ja kuntoutusta Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan yksiköissä.

Tämän kehittämishankkeena tavoitteena oli:

- Kehittää systemaattinen, saumattomasti toimiva malli osteoporoosin riskissä olevien asiakkaiden tunnistamiseen, tutkimiseen, hoitoon ja kuntoutukseen.
- Mallintaa toimintaprosessi ja sen osaprosessit IMS -ohjelman avulla, joka on koko Lahden kaupunkiorganisaation yhteiseen käyttöön valittu ohjelma.
- Suunnitella toimintamallin juurruttaminen osaksi organisaation pysyvää toimintaa.

Työn tilaajan toivomuksena oli, että kehitettyä mallia voidaan soveltaa myös muiden potilasryhmien hoitoprosessien suunnittelussa. Toimintamallia tai siihen sisältyviä toimintaprosesseja ei voida sellaisenaan siirtää suoraan muiden sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön, mutta ne voidaan tarkoituksenmukaisilta osin implementoida myös muiden organisaatioiden toimintaan.

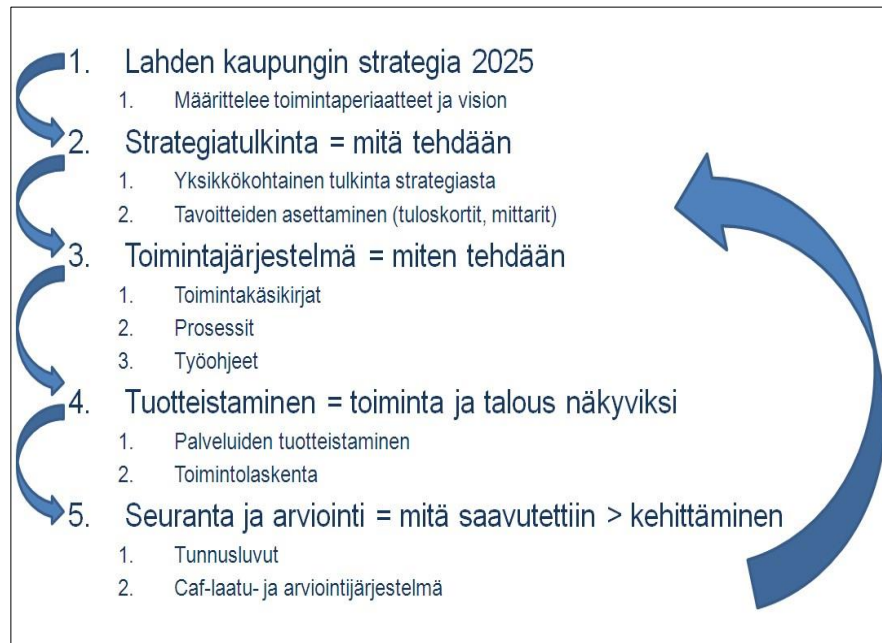
2.2 Kohdeorganisaatio

Tämä kehittämishanke toteutettiin Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalla. Kaupungin eri toimialoilla toimintaa ohjaavat Lahden kaupungin strategia, visio ja missio. Lahden kaupungin strategia 2025 on kaupungin toimintaa ohjaava asiakirja, johtamisen väline ja yhteinen tahdonilmaisu tavoiteltavista päämääristä, muutoksista ja uudistumisesta. Lahden kaupungin strategiassa visiona on, että *”Lahti on houkutteleva ja elinvoimainen*

ympäristökaupunki". Strategian mukaan toimintoja kehitetään seuraavasti: toiminnan tuottavuutta ja laatua parannetaan koko organisaatiossa, palvelutoiminnassa kehitetään asiakaslähtöinen ja tehokas palvelujärjestelmä, palveluprosesseja kehitetään ja sähköisten sekä etäpalvelujen osuutta lisätään kaupungin palvelutarjonnassa. Tuottavuutta parannetaan kehittämällä ennaltaehkäisevää toimintaa sekä tukemalla kuntalaisten kuntalaisten omavastuuta ja omatoimisuutta. (Lahden kaupunki 2013 a, 10, 18.)

Sosiaali- ja terveystoimialan toimintaa ohjaavat lainsäädännöllisesti muun muassa Terveystoimialalaki sekä erilaiset Sosiaali- ja terveysministeriön laatimat suositukset. Terveystoimialalaki (1326/2010, § 13) edellyttää, että kunta järjestää alueensa asukkaille terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa, joka on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin. Terveystoimialan ja tarkastusten on tuettava työ- ja toimintakykyä sekä sairauksien ehkäisyä ja edistettävä asiakkaan elämänhallintaa. Myös laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013, 7) ohjeistaa kuntia tukemaan ikääntyneen väestön terveyttä ja toimintakykyä toimenpiteillä, joilla vahvistetaan: 1) iäkkään ihmisen omaehtoista toimintaa, 2) eri toimijoiden, kuten järjestöjen, seurakunnan ja yritysten yhteistyötä sekä 3) kunnan eri toimijoiden yhteistyötä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin edistämiseksi. Tässä kehittämishankkeessa kehitettiin osteoporoosipotilaan hoitoa, kuntoutusta ja ennaltaehkäisyä edellä mainitun terveydenhuoltolain ja vanhusten palveluiden laatusuosituksen mukaisesti. Osteoporoosi on kaiken ikäisten ihmisten sairaus, joten kehittämistyössä on huomioitu myös eri-ikäisten asiakkaiden yksilölliset tarpeet.

Lahden kaupungin tuottavuuden ja kehittämisen viitekehys koostuu useista eri osa-alueista. Niitä ovat strategia, strategiatulkinta ja toimintajärjestelmä sekä palvelujen tuotteistaminen, seuranta ja arviointi. (Lahden kaupunki 2013 c, 3.) Viitekehys esitetään seuraavassa kuviossa 1.

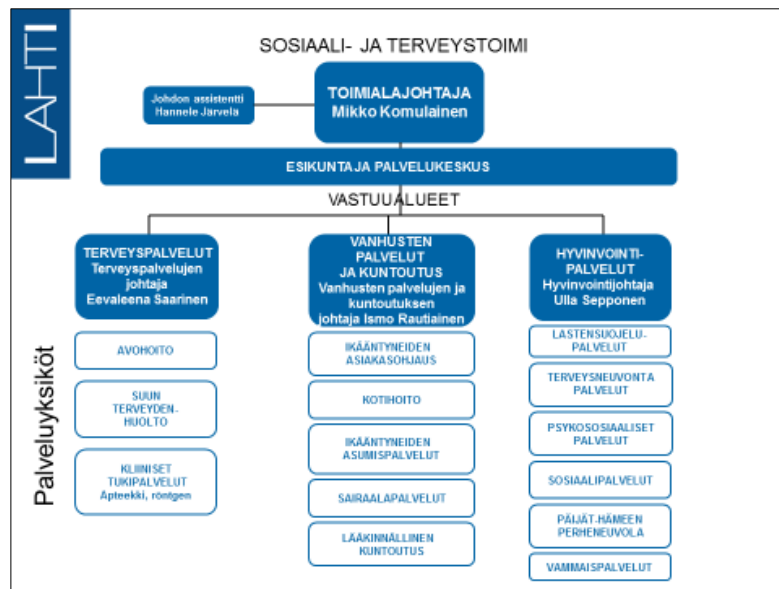


KUVIO 1. Lahden kaupungin kehittämisen viitekehys (Lahden kaupunki 2013 c).

Toiminnan suunnan määrittää strategia, josta muodostetaan tavoitteet. Toiminnot kuvataan prosesseina, joiden mallinnus toteutetaan kolmisivutekniikalla: täytetään prosessin perustiedot, piirretään prosessikaavio ja kirjataan prosessien vaiheet. Niihin voidaan linkittää myös prosessien yksityiskohtaiset työohjeet. Seurannan ja arvioinnin työvälineenä käytetään CAF – itsearviointimallia, joka on julkisen sektorin organisaatioiden laadunarviointimalli. Se kattaa kaikki organisaation toiminnan oleelliset osat alueet. Malli sisältää yhdeksän arviointialuetta, joista yksi on prosessien arviointi. (Lahden kaupunki 2013 c, 3.)

Lahden kaupungin henkilöstösuunnitelma (2013, 3-4) ohjeistaa tarkastelemaan toimintoja ja tehtäviä ennakkoluulottomasti uudella tavalla hyödyntäen nykyistä osaamista sekä kehittämällä toimintoja poikkihallinnollista yhteistyötä hyödyntäen. Strategian toteuttamiseksi on välttämätöntä arvioida ja kehittää toimintatapoja jatkuvasti, sekä organisoida palveluja uudelleen.

Tämä kehittämishanke toteutettiin Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalla, joka on tyypillinen kolmeen vastuualueeseen jaettu linjaorganisaatio. Organisaation vastuualueita ovat Terveyspalvelut, Vanhusten palvelut ja kuntoutus sekä Hyvinvointipalvelut. Kuhunkin niistä kuuluu joukko palveluyksiköitä, jotka näkyvät organisaatiokaaviossa kuviossa 2. (Lahden kaupunki 2012.)



KUVIO 2. Sosiaali- ja terveystoimialan organisaatiokaavio (Lahden kaupunki 2012).

Sosiaali- ja terveystoimialaa johtaa toimialuejohtaja yhdessä johtoryhmän kanssa. Kullakin vastuualueella ja palveluyksiköllä on oma johtajansa sekä johtoryhmänsä.

Tässä kehittämishankkeessa kehittämistyötä tehtiin Vanhusten palveluiden ja kuntoutuksen eri palveluyksiköiden sekä Terveyspalveluiden Avohoidon palveluyksikön yhteistyönä. Kolmannen sektorin aktiivisina yhteistyökumppaneina olivat Suomen Luustoliitto ja Päijät-Hämeen osteoporosisiyhdistys. Kaaos-klinikka vastasi kehittämistyön koordinoinnista.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

3.1 Osteoporoosin tutkiminen ja hoito

Osteoporoosi on NIH:n (National Institutes of Health, 2012) määritelmän mukaan luuston sairaus, jossa luun lujuuden heikentyminen altistaa murtumille. Luun lujuus kuvastaa sekä luun määrää (eli tiheyttä) että luun laatua. Osteoporoosille on tunnusomaista alentunut luun mineraalimassa ja luukudoksen mikroarkkitehtuurin heikentyminen, joka puolestaan johtaa luun lujuuden heikkenemiseen ja murtumariskin lisääntymiseen. Luun tiheyden arvioidaan selittävän noin 60–80% luun lujuudesta. Käytännössä aiempi pienienenerginen murtuma on karkea mittari sille, että luun lujuus on alentunut. Se on luuntiheydestä riippumaton vaaratekijä uudelle murtumalle.

Yleisesti arvioidaan, että Suomessa on noin 400 000 osteoporoosiin eli luukatoon sairastunutta henkilöä ja noin 400 000 henkilöä, joilla on osteopenia eli pienentynyt luuntiheys. Osteoporoosin tai osteopenian oletetaan olevan ainakin osittain syynä vuosittain 30 000 – 40 000 luunmurtumaan Suomessa. Osteoporoosi on jo niin yleinen sairaus, että sitä pidetään yhtenä suomalaisten kansansairauksista. (Osteoporoosi Käypä hoitosuositus 2014, 2-3; Simonen 2009, 7.) Osteoporoosiin ja osteopeniaan liittyvistä murtumista yleisimpiä ovat nikamien luhistumamurtumat, ranne-murtumat ja lonkkamurtumat. Muita tyypillisiä osteoporoottisia murtumia ovat olkaluun, kylkiluiden, solisluun, lantioarenkaan, reisiluun sekä sääri- ja pohjeluun murtumat. (Simonen 2009, 8.)

Ennen ensimmäistäkään murtumaa osteoporoosi voidaan Käypä hoito -suosituksen mukaan diagnostisoida ainoastaan luuntiheysmittauksella. Suosituksen mukaan luuntiheysmittausta ei ole tarkoituksenmukaista tehdä väestötasolla, vaan seulonta kannattaa suunnata murtuman jo sairastaneisiin sekä korkean riskin potilaisiin. Käytettävissä on erilaisia riskilaskureita, joiden avulla voidaan arvioida osteoporoosin ja murtumien riskiä. Suomessa yleisesti käytössä ovat WHO:n suosittama FRAX- murtu-

mien riskianalyysi (Fracture Risk Assessment Tool) sekä suomalainen vastaava sovellus, MOI-indeksi (Mikkelin osteoporoosi-indeksi). FRAX laskee riskitekijöiden perusteella tärkeimpien osteoporoottisten murtumien, kuten lonkkamurtumien todennäköisyyden (%) kymmenen vuoden ajaksi helpottaen murtumariskin kokonaisarviota ja hoitopäätöksen tekoa. Henkilöillä, joilla on korkeat FRAX- tai MOI- riskipisteet, on usein myös matala luuntiheys. Riskipisteiden ja muiden asiakkaan terveyteen ja murtumahistoriaan liittyvien tietojen perusteella lääkäri arvioi, tarvitseeko asiakas ohjata tarkempiin jatkotutkimuksiin. Harkinnan mukaan lääkäri voi aloittaa hoidon jo näihin tietoihin perustuen. (Osteoporoosin Käypä hoito – suositus 2014, 2; Gröger 2014, 6-7; Väänänen 2014; Roosenvall 2015).

Tarkempaa tietoa luun tiheydestä saadaan luuntiheysmittauksella (DXA, kaksiennergiaisen röntgen absorptiometria), joka tehdään lannerangasta ja/tai reisiluun yläosasta. Luuntiheysmittausten avulla osteoporoosia etsitään pääasiassa iäkkäiltä, pienienenergisen murtuman sairastaneilta tai henkilöiltä, joilla on osteoporoosille altistava sairaus, lääkitys tai muu riskitekijä. Pienienenergisellä murtumalla tarkoitetaan murtumaa, joka syntyy, kun kaadutaan tai pudotaan alle metrin korkeudesta. Luuntiheysmittauksen (DXA) perusteella luun tiheys luokitellaan viitearvojen perusteella normaaliaksi, osteopeeniseksi tai osteoporoottiseksi. Muissa kuin lonkka- ja nikamamurtumissa luuntiheysmittaus ratkaisee aina lääkeshoidon tarpeen. Luuntiheysmittausten avulla voidaan myös seurata luun tiheyden muutoksia vuosien seurannassa. (Osteoporoosin Käypä hoito – suositus 2014, 2-7; Välimäki, 2014, 1062–1063; Väänänen 2014, Rosenvall 2015.) Osteoporoosin tutkimiseen tarvitaan kliinisen tutkimisen ja luuntiheysmittauksen lisäksi myös laboratoriotutkimuksia, yleisimmin verikokeita. (Osteoporoosin Käypä hoito suositus 2014, 6; Välimäki, 2014, 1062–1063.)

Osteoporoosi voidaan jakaa primaariseen ja sekundaariseen osteoporoosiin. Primaariseen osteoporoosiin kuluu ikääntymiseen liittyvä ja idiopaattinen (itsenäinen, tuntemattomasta syystä johtuva) osteoporoosi. Sekundaarisen osteoporoosin aiheuttaa jokin muu sairaus tai lääke. Osteoporoosi-

sin diagnosoinnin jälkeen selvitetään, onko kyse primaarisesta vai sekundaarisesta osteoporoosista. Erottelu tehdään anamneesin eli esitetietojen, kliinisen tutkimuksen, röntgen- ja laboratoriotutkimusten ja joskus myös luubiopsian avulla. (Osteoporoosin Käypä hoito – suositus 2014, 5.)

Osteoporoosin paras ja tehokkain hoito on ennaltaehkäisy, jonka tulisi alkaa jo lapsuudessa ja jatkua läpi koko elämän. Mahdollisimman suuri luun huipputiheys ja massa saavutetaan kahteenkymmeneen ikävuoteen mennessä. Luustoterveyttä edistetään ja luun kuntoa ylläpidetään ja parannetaan terveillä elintavoilla, kuten turvaamalla riittävä D-vitamiinin, kalsiumin ja ravintoproteiinin saanti, monipuolinen ravitsemus, säännöllinen monipuolinen terveys- ja luuliikunta, tupakoimattomuus, alkoholin liikakäytön välttäminen ja kaatumisten ehkäisy erityisesti iäkkäillä ja riskiryhmiin kuuluvilla. Tavoitteena on ehkäistä jo ensimmäisen murtuman ilmaantuminen. Tutkimuksissa on osoitettu, että murtumavaaraa voidaan pienentää puolella pelkästään hyvällä perushoidolla (Aikuisten liikunta -Käypä hoito suositus 2010, Osteoporoosin käypä hoito suositus 2014, 2, 11; Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus 2011, 3-4; Rosenvall 2014, 8; Rosenvall 2015.)

Osteoporoosin mahdollinen lääkehoito harkitaan aina yksilöllisesti asiakkaan esitetietojen ja taudinkuvan perusteella. Osteoporoosilääkkeet toimivat siten, että ne joko estävät luun hajoamista, lisäävät luun rakentumista tai näitä molempia. Lääkäri valitsee kullekin asiakkaalle parhaiten sopivan lääkkeen yksilöllisesti ottaen huomioon kokonaistilanteen. Osteoporoosin lääkehoidon indikaatioita ovat sairastettu pienienenerginen nikama- tai lonkkamurtuma, muu pienienenerginen murtuma (esim. ranne tai olkavarsi), luuntiheysmittauksessa todettu osteoporoosi tai glukokortikoidihoito. Nikama- ja lonkkamurtumapotilaille osteoporoosilääke voidaan aloittaa tarvittaessa jopa ilman luuntiheysmittaustakin. Nikamamurtumissa ensimmäinen nikamamurtuma ennustaa seuraavaa ja ennen pitkää selkärangan luhistumista. Nikamamurtuma on merkittävämpi lääkkeen aloittamisen aihe kuin mittauksessa todettu alentunut luun tiheys.

Osteoporoosilääkkeen on osoitettu vähentävän uusia murtumia ja kuolleisuutta. Lääkehoidon kesto valitaan yksilöllisesti murtumariskin perusteella. Osteoporoosin lääkehoitoa seurataan luuntiheysmittauksin 2-3 vuoden välein, nikamamurtumapotilasta myös selkärangan sivukuvin. Tiheysmittaus ja selkärangan sivukuvat ovat tarpeen myös hoidon päättyessä tilanteen seuranta varten. Yleensä lääkehoitoa jatketaan 3-5 vuotta, minkä jälkeen tehdään uusi arvio. (Osteoporoosin käypä hoito suositus 2014, 11–12, 17–22; Välimäki, 2014, 1062–1066; Simonen 2009, 7.)

Luustokuntoutujan hyvä hoito, kuntoutuminen ja uusien murtumien ehkäisy on siis laaja-alaista ja koostuu useista eri osa-alueista. (Osteoporoosin Käypä hoito – suositus 2014, 7-10.) Osteoporoosin kokonaisvaltaisen hoidon osa-alueet on kiteytetty seuraavassa kuviossa (kuvio 3).



KUVIO 3. Osteoporoosin kokonaisvaltainen hoito (Osteoporoosin Käypä hoito – suositus 2014 b.)

Luustokuntoutuja on itse vastuussa hyvästä omahoidosta ja uusien murtumien ehkäisystä. Terveystieteiden henkilökunnan tehtävänä on tarjota osteopenia- tai osteoporoosi diagnoosin saaneelle asiakkaalle riittävä määrä tietoa hyvän omahoidon kulmakivistä. Pelkkä lääkkeiden ja vitamiinien syöminen ei riitä. Asiakkaan hyvä, monipuolinen ohjaus ja neuvonta on parhaimmillaan moniammatillista yhteistyötä. (Osteoporoosin Käypä hoito – suositus 2014, 7-10.) Ensivaiheen tieto annetaan asiakkaalle vastaanottokäynnin yhteydessä suullisena informaationa ja esimerkiksi kirjallisen materiaalin muodossa. Omahoidon tukemiseksi asiakkaille voidaan järjestää myös ryhmämuotoisia info – tilaisuuksia tai kuntoutuskursseja, kuten Lahdessa tehdään. (Hulkkonen, Tamminen & Salomaa, 2013.)

3.2 Kaatumistapaturmat ja murtumat

Osteoporoosin ohella kaatumistapaturmat näyttävät lisäävän luunmurtumavaaraa. Kaatuminen onkin iäkkäiden suomalaisten yleisin tapaturma. Enemmän kuin 30 % kotona asuvista yli 65-vuotiaista kaatuu vuosittain ja 50 % kaatuneista kaatuu useamman kerran vuoden seurannan aikana. Mitä iäkkäimmistä ikäryhmistä on kysymys, sitä yleisempiä kaatumistapaturmat ovat. Yksi keskeinen kaatumiselle altistava vaaratekijä on aiempi kaatuminen. Arvioiden mukaan noin 15 % iäkkäistä väestöstä kaatuilee toistuvasti eli useammin kuin kahdesti vuodessa. (Pajala 2012, 7; Mänty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2007, 1,7.)

Tutkimusten mukaan yli 65-vuotiaiden tapaturmista kaatumistapaturmat ovat yleisin syy joutua sairaalaan. Iäkkäiden ihmisten kaatumistapaturmat ovat lisääntyneet viimeisten vuosikymmenien aikana ja kaatumiskuolemien määrä on kaksinkertaistunut. Kaatumisista aiheutuvat vammat ovat nykyään suuri kansanterveydellinen ongelma ja niiden arvioidaan lisääntyvän väestön ikääntyessä. On arvioitu, että 80. ikävuoteen mennessä joka viides ja 90. ikävuoteen mennessä joka toinen suomalainen nainen on saanut lonkkamurtuman, joka johtuu yleisimmin juuri kaatumisesta tai putoamisesta. (Mänty ym. 2007, 1,7; Piirtola 2011, 5; Piirtola & Kivelä 2004, 1-2.)

Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuosituksessa (2011, 14, 24–26) todetaan, että erilaiset murtumat aiheuttavat inhimillistä kärsimystä, lisäävät yhteiskunnan kustannuksia, sitovat runsaasti terveydenhuollon voimavaroja ja heikentävät asiakkaan usein jo ennestään heikkoa liikunta- ja toimintakykyä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Tapaturmakatsauksen (2014) mukaan kaatumistapaturmat aiheuttivat vuonna 2012 pelkästään sairaalahoitokustannuksia Suomessa lähes 400 miljoonaa euroa. Nurmi-Lüthjen ym. (2013) laskelmien mukaan reisiluun yläosan murtuman hoidon keskimääräiset kustannukset potilasta kohden ensimmäisen vamman jälkeisen vuoden aikana olivat vuoden 2010 kustannustasossa noin 20 000 euroa potilasta kohden. Kun 13 % kotona asuneista iäkkäistä lonkkamurtumapotilaista ei kuntoudu enää takaisin kotiin, vaan joutuu pysyvästi laitoshoitoon, hoitokustannukset ensimmäisen vuoden ajalta ovat noin 50 000 euroa henkilöä kohden. Yli kolmasosa lonkkamurtuman saaneista kuolee vuoden sisällä murtuman jälkeen. (Pajala 2012, 14, 24–26.)

Piirtolan (2011, 89) mukaan murtumien vaaratekijät liittyvät sekä kaatumiin että luun haurastumiseen. Hän havaitsi sukupuolten välisiä eroja murtumien vaaratekijöissä. Niitä olivat naisilla käden heikko puristusvoima ja normaali tai alhainen kehon painoindeksi (BMI) sekä miehillä depressiivisten oireiden suuri määrä. Nikaman luhistumamurtuma eli kompressiomurtuma ennusti tulevia luunmurtumia sekä miehillä että naisilla. Kahdeksan vuoden seuranta-aikana alakehon murtumat lisäsivät ongelmia liikkumiskyvyssä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä sekä lyhyen (0-2 vuotta) että pitkän (2-8 vuotta) seurannan aikana. Yläkehon murtumat ennustivat ongelmia päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. Tutkimusten mukaan 65 vuotta täyttäneiden joukossa vähintään joka kolmas kaatuminen tai kaatumisvamma on ehkäistävissä. Ehkäisy on kuitenkin haastavaa, koska tapaturmien taustalla vaikuttavat monet erilaiset riskitekijät, jotka voivat johtua ihmisestä itsestään (sisäiset syyt) tai hänen toimintaympäristöstään (ulkoiset syyt). (Pajala 2012, 17–18; Mäntä ym. 2007, 7.)

Pajalan (2006, 56–61) mukaan ikääntyneiden vammaan johtavat kaatumiset tapahtuvat usein olosuhteissa, joissa ympäristön olosuhteet ja vaatimukset ylittävät henkilön suoriutumiskyvyn. Sisätiloissa tapahtuvien kaatumisten taustalla on useimmin sairauksien ja/tai iän seurauksena syntynyt toiminta- ja suoriutumiskyvyn heikkeneminen, kun puolestaan ulkona kaatumisten riskitekijät liittyvät useammin ympäristön vaaratekijöihin. Iäkkäiden kaatumisriskiä tulisikin arvioida luotettavilla mittausmenetelmillä, jotta heikentynyt tasapainon hallinta havaitaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja kaatumisen riskiä voidaan ehkäistä. Pajala osoitti tutkimuksessaan, että perimällä on vaikutusta vielä iäkkäänäkin tasapainokykyyn ja kaatumisriskiin, mutta selvästi merkittävämpiä tekijöitä ovat ympäristöön ja elintapoihin liittyvillä tekijät, joihin voidaan vaikuttaa. Hän toteaa, että turvallisen liikkumiskyvyn säilyminen ja mahdollisimman vähäinen kaatumisriski ovat niitä iäkkäiden henkilöiden mielekkään ja riippumattoman elämän keskeisiä tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa.

Kaatumisten ehkäisyn kulmakiviä ovat tutkimusten mukaan riskihenkilöiden tunnistaminen ja tehokkaiksi todettujen ehkäisytoimenpiteiden toteuttaminen. Useampaan riskitekijään samanaikaisesti kohdistuva, yksilöllisesti rakennettu ja monialaisesti toteutettu ehkäisyohjelma on havaittu tehokkaimmaksi toimintatavaksi. Kun ehkäisyohjelma toteutetaan monialaisena yhteistyönä, voidaan ikääntyneiden kaatumisvammoja ehkäistä eri tutkimusten mukaan 20 - 45 %. Kaatumisen ehkäisyn tärkeimmiksi osa-alueiksi on todettu liikunta, hyvä terveys, ravitsemus, ympäristö ja suojaimien käyttö. (Mänty ym. 2007, 7, 18 – 27; Palvanne, Kannus, Piirtola, Niemi, Parkkari & Järvinen 2014, 268–270.)

Pajala (2012, 16) on tarkastellut seuraavassa taulukossa (taulukko 4) kaatumisen eri vaaratekijöitä suhteessa siihen, voidaanko niihin vaikuttaa ehkäisyn keinoin.

	Sisäiset vaaratekijät	Ulkoiset vaaratekijät	Tilanne- ja käyttäytymistekijät
Vaaratekijät, joihin ehkäisyn keinoin ei voida vaikuttaa	Ikä Sukupuoli Etnisyys Perinnölliset sairaudet Aiemmat kaatumiset		
Vaaratekijät, joihin ehkäisyn keinoin voidaan vaikuttaa	Sairaudet Heikentynyt muisti ja kognitio Heikentynyt toiminta- ja liikkumiskyky Alentunut tasapainokyky ja lihasvoima Kaatumispelko Aistien puutokset Inkontinenssi	Lääkkeet ja niiden sivu- ja haitta-vaikutukset Monilääkitys tai epäsopiva lääkitys Kodin vaaranpaikat Vaaranpaikat ja vaaratilanteet kodin ulkopuolella Jalkineet	Kiiruhtaminen Huolimattomuus "Turhien" riskien ottaminen Liiallinen varovaisuus Omien voimavarojen yli- tai aliarviointi Levottomuus Väsymys, vireystila Energiasa, nestehukka

TAULUKKO 4. Kaatumisten vaaratekijät (Pajala 2012, 16)

Kuten taulukossa 4. kuvataan, kaatumisille altistavat vaaratekijät voidaan jakaa sekä sisäisiin eli henkilöstä itsestään johtuviin, että ulkoisiin, ympäristöstä johtuviin vaaratekijöihin. Tyypillisiä sisäisiä vaaratekijöitä, joihin emme pysty vaikuttamaan, ovat ikä, naissukupuoli, sekä aiemmat kaatumiset. Sen sijaan lukusiin muihin vaaratekijöihin voidaan vaikuttaa erilaisilla ennaltaehkäisyn keinoilla. Tällaisia vaaratekijöitä ovat esimerkiksi heikentynyt liikunta- ja toimintakyky, alentunut tasapainon hallinta ja heikentyneet lihasvoimat erityisesti alaraajoissa, vähentynyt liikunta-aktiivisuus sekä kaatumisen pelko. Sairauksien ennaltaehkäisyllä, hyvällä hoidolla ja kuntoutuksella voidaan vähentää myös useita kaatumisen sisäisiä vaaratekijöitä. Hyvään hoitoon kuuluu myös aina lääkehoidon tarkastaminen. Ulkoisista vaaratekijöistä keskeisiä ovat epäsopivat jalkineet sekä erilaiset vaaranpaikat sekä kotona että muualla liikkumisympäristöissä. Myös erilaiset tilanne- ja käyttäytymistekijät vaikuttavat kaatumisen riskiin. Kaikkiin edellä mainittuihin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa ja niihin tulee puuttua. (National Institutes of

Health, 2012; Pajala 2012, 19–39; Kaatumisten ja kaatumisvammojen fysioterapiasuositus 2011.)

Mänty (2010, 76–77) osoittaa, että iäkkäiden henkilöiden havaitsemat liikkumiskyvyn heikkenemistä ennakoivat merkit, kuten kävelyn hidastuminen, vähentyminen ja väsyminen ennustavat varsinaisten liikkumisvaikeuksien kehittymistä ja kaatumisia. Oikeita kysymyksiä kysymällä voidaan tunnistaa liikkumiskyvyn heikkenemisen alkuvaiheessa olevat ikäihmiset ja kohdistaa heihin ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Lisäksi Mänty havaitsi, että liikuntaneuvonnalla on positiivisia vaikutuksia iäkkäiden henkilöiden liikkumiskykyyn, jalkojen voimantuottoon ja kävelynopeuteen. Liikuntaneuvonta on suositeltava ja edullinen tukitoimi liikkumiskyvyn ylläpitämiseksi ja kaatumistapaturmien ehkäisemiseksi (Palvanne ym. 2014, 268–270).

Palvanne ym. (2014, 265–270) selvittivät Kaatumis- ja osteoporoosiklinikan toimintamallin vaikuttavuutta kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyssä yli 70-vuotiailla, kotona asuvilla kaatumisen tai murtuman vaarassa olevilla ikäihmisillä. Tutkimus tehtiin vuosien 2005–2009 aikana Tampereen ja Lappeenrannan Kaaos-klinikoiden asiakkaille (n=1314), joiden keski-ikä oli 77,6 vuotta. Asiakkaille tehtiin kokonaisvaltainen riskiarvio, jonka jälkeen heidät satunnaistettiin tutkimus- (n=661) ja seurantarhyymiin (n=653). Kaikille osallistujille annettiin yleiset tapaturmien ehkäisyohjeet. Tutkimusryhmälle laadittiin lisäksi 12kk kestävä yksilöllinen ehkäisyohjelma, johon kuului liikuntasuunnitelma, kaatumisriskiä lisäävien sairauksien diagnostisointi ja hoitoon ohjaus, lääkityksen tarkistus, ravitsemusneuvonta (proteiinin, D-vitamiinin ja kalsiumin saanti), kodin vaaratekijöiden minimointi, keskustelu hyvistä jalkineista ja liukuesteiden käytöstä, apuvälineiden tarpeen ja käytön arviointi, alkoholin liikakäytön ja tupakoinnin välttäminen sekä tarvittaessa lonkkasuojaimien käytön ohjaus. Vuoden seurannan aikana tutkimusryhmässä havaittiin noin 30 % vähemmän kaatumia, kaatumisia, vammoja ja murtumia kuin vertailuryhmässä. Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että kokonaisvaltaisella, laaja-alaisella yksilöllisellä Kaaos- klinikan ehkäisyohjelmalla voidaan vähentää

kaatumisia ja sen seurauksena syntyviä vammoja lähes 30 % vuoden seurannan aikana. Lahden Kaaos-klinikan toiminta perustuu tähän kehitettyyn ja tutkittuun toimintamalliin.

Pekkarisen (2011, 34, 41–43) tekemässä vastaavan tyyppisessä tutkimuksessa asiakkaiden toimintakykyä, kaatuilua ja murtumia seurattiin kymmenen vuoden ajan. Erot interventio- ja vertailuryhmän välillä olivat positiivisia interventior ryhmän eduksi kaiken aikaa, mutta selkeimmin erot alkoivat näkyä vasta neljän seurantavuoden jälkeen. Kaaos-klinikkamallin tutkimuksessa (Palvanne ym. 2014, 265–270) seuranta kesti vain vuoden, joten mahdollisesti osa tuloksista ilmenee vasta seurantavuoden päätyttyä. Kaaos-klinikan tutkimuksessa ei arvioitu intervention vaikutuksia tutkittavien liikunta- ja toimintakykyyn sekä itsenäiseen selviytymiseen, johon kaatumisten ehkäisyn keinoilla tiedetään olevan myös merkittävä positiivinen vaikutus. Olisikin mielenkiintoista tavoittaa Kaaos-klinikan tutkimuksessa mukana olleet henkilöt nyt ja arvioida pidemmällä aikavälillä intervention vaikutuksia laaja-alaisemminkin.

Pekkarinen (2011, 34, 41–43) on selvittänyt kontrolloidussa kymmenvuotisessa seurantatutkimuksessa, voidaanko monipuolista neuvontaa ja ohjausta sisältävällä kurssilla vähentää lonkkamurtumien ilmaantuvuutta 60–70 –vuotiailla naisilla (n=2 182). Lisäksi analysoitiin sekä lonkkamurtumien vaaraa lisääviä tekijöitä että intervention vaikutuksia elintapoihin. Tutkittavat osallistuivat viikon mittaiselle kurssille ja kahteen kertauspäivään. He saivat monipuolista neuvontaa ja ohjausta osteoporoosista ja murtumien ehkäisystä. Tutkimuksen päätulos oli, että kontrolliryhmään verrattuna kurssiin osallistuneille sattui puolet vähemmän lonkkamurtumia kymmenen vuoden seuranta-aikana. Tutkimus tukee näyttöä siitä, että kurssimuotoisen neuvonnan ja ohjauksen keinoin voidaan ehkäistä lonkkamurtumia.

Amerikkalaisessa tutkimuksessa arvioitiin vanhusten toimintakeskuksissa käytettyä lyhyttä ja edullista kaatumisten ehkäisyn ohjelmaa (Pennsylvania's Healthy Steps for Older Adults, HSOA). Kaikille keskuksessa kävijöille tarjottiin puolen päivän mittainen maksuton työpaja, jossa osallistujille

tehtiin toimintakyvyn testausta (Timed up and go -testi, yhdellä jalalla seisominen ja tuolista ylösnousu). Henkilöille, joilla oli vaikeuksia testeistä suoriutumisessa, annettiin lähete lääkärille tai kotiympäristön vaaratekijöiden kartoitukseen. Lisäksi työpajaan kuului kahden tunnin mittainen luento kodin vaaratekijöistä sekä demonstraatioita harjoitteista, joilla voi parantaa tasapainon hallintaa ja liikkumiskykyä. Tutkimuksessa arvioitiin ohjelman vaikuttavuutta iäkkäiden (N=1833) kaatumisiin. Interventoryhmän kaatumiset vähenivät 17 % verrattuna kontrolliryhmäläisiin. Interventio osoittautui tehokkaimmaksi iäkkäiden joukossa, jotka raportoivat tasapainon hallinnan olevan kohtalainen tai heikko. Tutkijat suosittelevat tämän tyyppistä kaatumisten ehkäisyyn tähtäävää toimintaa osaksi iäkkäille suunnattuja julkisia palveluja. (Albert, King, Boudreau, Newman & Lin 2014, 77–84.)

Lahdessa lonkkamurtumien esiintyvyys on 65- vuotta täyttäneillä vähentynyt Kaaos-klinikan perustamisen jälkeen. Lonkkamurtumien esiintyvyys näyttää Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen SOTKANet -tilastojen perusteella vakiintuneen vuoden 2011 tasolle väestön ikääntymisestä huolimatta, kuten seuraavasta kuviosta ilmenee (kuvio 5).



KUVIO 5. Lonkkamurtumien ilmaantuvuus Lahdessa (Karinkanta 2015)

Kaatumisten ja murtumien riskiä voidaan siis vähentää merkittävästi ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä, joista aiheutuvat kustannukset ovat murto-osa vammojen aiheuttamiin kustannuksiin verrattuna. Samoilla keinoilla myös kuntalaisten elämän laatua ja itsenäistä selviytymistä voidaan edistää.

3.3 Prosessit ja prosessiorganisaatio

Prosessi termi kuvaa tapahtumasarjaa, kehityskulkua tai oikeudenkäyntiä (Häkkinen 2004, 95). Se voidaan määritellä joukoksi toisiaan loogisesti seuraavia toimintoja sekä niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joiden avulla syötteet muutetaan tuotteiksi tai palveluiksi, eli saadaan aikaan toiminnan tulokset (Laamanen & Tinnilä 2002, 61; Laamanen 2004, 19; Parviainen ym. 2005, 187). Prosessi – sanaa käytetään erilaisissa merkityksissä. Kaikkea toiminnassa tapahtuvaa muutosta, kehitystä tai etenemistä voidaan ymmärtää prosessina, esimerkkeinä muutos-, kehitys-, oppimis- tai kasvuprosessi. Prosessi on ilmiö, jonka myötä kehittyy tai muodostuu jotakin uudenlaista ja jatkuvaa toimintaa. (Laamanen 2009, 18-1; Pelin 2009, 22; Sidorova & Isik 2010, 566–597.)

Virtanen ja Wennberg (2007, 24, 30, 73.) toteavat, että prosessilähtöisyydessä on kyse tavoitteellisen toimintatavan omaksumisesta. Prosessilähtöisen toimintamallin keskeisinä toimintaperiaatteina ovat tarkkaan mietityt toimintatavat, monialaisesti määritelty tuloksellisuus, toimintojen läpinäkyvyys, asiakaslähtöisyys ja korkea asiakastyytyväisyys, joiden seurauksena toteutuu aito tilintekovastuu. Organisaation tehtäväkokonaisuus on helpompi hahmottaa prosessien kautta. Se helpottaa myös yhteisöviestintää sekä organisaation sisällä että ulkopuolella niin palvelujen käyttäjille kuin sidosryhmillekin. Kennin ja Asikaisen (2011, 11) mukaan prosessilähtöinen ajattelutapa lähtee aina asiakkaan tarpeista ja tarkoitus on kehittää yhä asiakaslähtoisempää toimintaa. Toimintaa kehitettäessä on mietittävä, keitä ovat organisaation asiakkaat ja miten organisaatiossa toimitaan asiakkaan tarpeiden huomioon ottamiseksi (Virtanen & Wennberg 2007, 56.)

Prosessien mukaisesti toimintaansa kehittävällä organisaatiolla on käytännön johtamis- ja organisaatorakenteen muodostamisessa kolme vaihtoehtoa: tulosityksikköorganisaatio, matriisiorganisaatio tai prosessiorganisaatio. (Kenni & Asikainen, 2011, 20.) Tulosityksikköorganisaatiossa ydinprosessien tehtävänä on tukea tulosityksiköitä niiden yhteistoiminnassa, jolloin prosessien merkitys on selvästi vähäisempi kuin varsinaisten tulosityksiköiden. Tulosityksikön johto päättää tulosityksikön toiminnasta ja resursseista. Ydinprosessit vain lähinnä tukevat tulosityksikköjen yhteistoimintaa koordinoimalla prosessien suunnittelua ja kehittämistä. (Kenni & Asikainen, 2011, 20.) Matriisiorganisaatiossa ideaalilanteessa tulosityksiköt ja prosessit muodostavat tasapainoisen matriisin. Matriisiorganisaatiossa organisaation resursseja on allakoitu tulosityksiköiltä sovittujen tehtävien osalta myös ydinprosessien käyttöön. Tässä mallissa prosessien merkitys organisaation toiminnassa on selkeästi tulosityksikkömallia suurempi. Matriisiorganisaatiossa prosessit palvelevat tulosityksiköitä ydintehtäviin liittyvien tehtävien kehittämisessä ja hoitamisessa. (Tevameri & Kallio, 2009, 19.) Prosessiorganisaatiota ei lueta klassisiin organisaatorakenteisiin, kuten matriisi- ja tulosityksikköorganisaatiot (Kenni & Asikainen, 2011, 22). Taipaleen (2004, 17) määritelmän mukaan

”prosessiorganisaatio on organisaatio, jonka liiketoiminnat järjestetään ydin- ja tukiprosesseiksi. Keskeiset ydinprosessit palvelevat asiakaslähtöisesti asiakkaan tarpeen tyydyttämistä ja samalla tuottavat lisäarvoa omistajalle ja tukiprosessit tukevat varsinaisten ydinprosessien tuloksellista hoitamista. Ketjujen sisäinen vuorovaikutus ja ulkoisen palautteen analysoiminen takaavat nopean, tehokkaan ja joustavan toiminnan, toimijoiden työn mielekkyyden ja prosessien jatkuvan kehittymisen.”

Kennin ja Asikaisen (2011, 22) mukaan prosessiorganisaation rakenteena on kyseisen organisaation prosessikartta, jota käytetään sekä ulkoisen että sisäisen viestinnän välineenä. Prosessiorganisaatiossa ydinprosesseille kohdennetaan kaikki organisaation resurssit. Prosessien omistajat ovat vastuussa siitä, että prosessien vaikuttavuustavoitteet saavutetaan. Prosessikokonaisuudet pyritään tällöin rakentamaan asiakasryhmien tarpeiden mukaan. Monissa Suomen kaupungeissa ja kunnissa on lähdetty

kehittämään toimintaa kohti prosessimaista toimintatapaa tai kohti asiakaslähtöistä linjaorganisaatiota, jota kehitetään prosessien avulla. Tevameren ja Kallion (2009, 20–21) mukaan Suomesta ei kuitenkaan tois-
taiseksi löydy julkiselta sektorilta yhtään puhdasta prosessiorganisaatiota.

3.4 Prosessijohtaminen ja prosessin omistaminen

Prosessijohtamisessa on kyse koko yksikön toimintatapaa koskevasta uudelleenajattelusta, jonka mukaisesti prosessit valtuutetaan tietyille tahoille tai henkilöille. Prosessijohtamisella tarkoitetaan kaikkia niitä toimintoja, joilla tunnistetaan ja kehitetään organisaatiolle tärkeitä toimintojen ketjuja eli prosesseja. Perusajatuksena on, että organisaation suorituskky syntyy sen prosesseissa, joita kehittämällä organisaation suorituskkyä voidaan parantaa. (Laamanen & Tinnilä, 2002, 12–13.) Prosessilähtöisen toiminnan johtamisessa on olennaista horisontaalinen, asiakkaan tarpeisiin perustuva toiminnan ohjaus, jossa tavoitteena on johtaa kokonaisvaltaisesti sekä ydin- että tukiprosesseja yksittäisten tehtävien sijasta. (Kiiskinen, Lin-
koaho & Santala 2002,30).

Kenni ja Asikainen (2011, 9) toteavat, että prosesseja mallintamalla toiminnasta tulee läpinäkyvämpää, jolloin myös vastuut ja valtuudet selkiytyvät, toimintojen päällekkäisyydet vähentyvät ja sisäinen työnjako kehittyy. Siirtymällä prosessijohtamiseen voidaan saavuttaa selkeitä hyötyjä, mutta se vaatii aikaa, resursseja ja yhteistä tahtotilaa organisaatiolta, aivan kuten muutkin organisaatiouudistukset. Organisaation toiminnan kannalta tärkeimpiä ovat Tevameren (2010, 223) mukaan pää- eli ydinprosessit, jotka liittyvät kiinteästi asiakkaiden saamaan palveluun ja kuvaavat toimintojen kokonaisuutta, jotka alkavat ja päättyvät aina asiakkaan tarpeisiin.

Prosessijohtaminen ei ole prosessien määrittelyä ja kuvaamista, mutta käytännössä prosessijohtaminen edellyttää, että prosessit on määritelty ja kuvattu selkeästi. Ne tuottavat prosessien johtamiselle asiaperustan. Prosessit ovat kyllä olemassa organisaatiossa, vaikkei niitä olisi vielä tunnis-

tettu. Tunnistamisen pohjalta voidaan määritellä ja kuvata prosessien sisällöt sekä nimetä niille omistajat. (Virtanen & Wennberg 2005, 113; Virtanen & Stenvall 2010, 149.)

Lecklin (2006, 130) toteaa, että prosessin omistaminen on prosessiajattelun myötä syntynyt johtamisen uusi rooli. Prosessin omistaja vastaa prosessin teknisestä suunnittelusta ja siksi hänestä saatetaan käyttää nimitystä prosessin kehittäjä. Laajimmillaan prosessinomistaja saattaa olla vastuussa koko prosessin toiminnasta, jolloin häneen voidaan viitata käsitteellä prosessin johtaja. Prosessin omistaja toimii kehitystiimin koordinaattorina, ja kehittää toimintaa yhteistyössä organisaation tavoitteiden mukaisesti. Kehitystiimin tehtävänä on prosessikuvausten mukaisen toiminnan toimeenpano, kuvausten päivittäminen sekä jatkuva kehittäminen. Kun organisaation toiminta sujuu suunniteltujen prosessien mukaisesti, voidaan niiden suorituskkyä mitata ja kehittää edelleen. (Kiiskinen ym. 2002, 66; Kenni & Asikainen, 2011, 14–15.)

Prosessin omistajan vastuut ja valtuudet vaihtelevat organisaatiomallin mukaan siten, että tulossyksikköorganisaatiossa vastuu on vähäisin ja prosessiorganisaatiossa laajin. Tulossyksikköorganisaatiossa prosessinomistaja vastaa prosessien kehittämisestä ja toiminnan seuraamisesta. Hän varmistaa prosessien mukaisen toiminnan ja seuraa niiden suorituskkyä keräten tietoa kehittämistarpeista, koordinoi kehittämishankkeita ja ylläpitää prosessikuvauksia, mutta ei ole esimiesasemassa toimijoihin nähden. Prosessinomistajalla ei ole myöskään toteutuksen edellyttämiä resursseja. Prosessiorganisaatiossa prosessin omistajalla on laajimmat vastuut ja oikeudet. (Kiiskinen ym. 2002, 26; Virtanen & Stenvall 2010, 149.) Kuitenkin kaikissa organisaatiomalleissa prosessin omistajille kuuluu tiettyjä tehtäviä. He muun muassa laativat prosessikuvaukset ja ylläpitävät niitä, käynnistävät toiminnan, poistavat pullonkauloja sekä informoivat organisaation johdolle ja sidosryhmille prosessien tarpeista. (Kiiskinen ym., 2002, 35–37.)

Stenvallin ja Airaksisen (2009, 83) mukaan kuntaorganisaatiossa prosessien omistajien valta ja vastuukysymykset ovat kriittinen kohta koko prosessimaisen kehittämisen kannalta. Ratkaisevia asioita ovat miten selkeiksi kokonaisuuksiksi prosessit kyetään muodostamaan, miten valta- ja vastuusuhteet saadaan määritellyiksi ja miten johtamisesta saadaan toimivaa. Kenni ja Asikainen (2011, 24) toteavatkin, että mikäli prosessinomistajalla ei ole budjettivaltaa tai henkilöstöä, hänen valtansa on hyvin rajoittunut. Joissain kunnissa ongelma on ratkaistu siten, että prosessiomistajuus on sidottu esimiesasemaan ja siten myös taloudellisiin resursseihin.

Prosessien kehittämisen ja mallintamisen työvälineeksi on saatavilla erilaisia atk-pohjaisia ohjelmistoja. Lahden kaupunkiorganisaatiossa ohjelmistoksi on valittu IMS – ohjelmisto. Se on kokonaisvaltainen toimintajärjestelmä, johon sisältyy selainpohjainen laadunhallinta-, toiminta- ja johtamisjärjestelmä. IMS -ohjelmiston keskeisiä toimintoja ovat prosessien kuvaaminen, dokumenttien hallinta, palautteiden ja arviointien käsittely, tulosten mittaaminen ja käsikirjojen koostaminen. (IMS, 2014.)

3.5 Prosessit julkishallinnon organisaatioissa

Möttösen (2009, 20) mukaan julkishallinnon rakenteita pidetään jäykkänä ja muuttumattomina, eivätkä ne siksi enää vastaa niille asetettuja vaatimuksia. Nykyisin kuntien organisaatiouudistukset tähtäävät usein hierarkkisten ja byrokraattisten organisaatorakenteiden ja ohjaustapojen korvaamiseen joustavammilla ja toiminnan tehokkuutta parantavilla toimintatavoilla. Julkishallinnon uudistamiseksi useat organisaatiot ovat siirtymässä prosessien mukaiseen organisaatiomalliin ja prosessijohtamiseen, jotka ovat toisiinsa limittyviä toimintasarjoja. Prosessit jäsentävät tällöin uudella tavalla organisaatiossa tehtävät työt. (Virtanen & Wennberg 2007, 17–19.) Kennin ja Asikaisen (2011, 7) mukaan prosessilähtöiseen toimintaan siirtymällä voidaan vastata kuntalaisten tarpeisiin kokonaisvaltaisemmin kuin perinteisellä sektoriajattelulla. Prosessijohtamisessa asetetut tavoitteet muutetaan toiminnaksi, jonka avulla voidaan kytkeä toiminta paremmin kohti strategista ajattelua ja ennakoivaa otetta.

Suomalaisella sosiaali- terveyspalvelujärjestelmällä on tyypillisiä vahvoja professionaalisia piirteitä. Ammattiryhmien erikoistumisella on saavutettu yhä parempaa asiantuntemusta, mutta samalla yhtenäinen asiakkuusnäkökulma on sirpaloitunut. Vahvat ammattikunnat, kuten sairaanhoitajat, lääkärit, fysioterapeutit ja sosiaalihoitajat sekä sektorirajat ovat edelleen sosiaali- ja terveydenhuollossa arkipäivää. Perinteinen ammattikuntakeskeinen ajattelu, jossa asiakas on potilas, jonka ei kuulu puuttua hoitoprosessin kulkuun, on usein edelleen ylitettävänä toimintatapoja kehitettäessä. Asiakaslähtöisyyden ja asiakaskeskeisten hoito- ja palveluprosessien kehittämisessä asiakas ja hänen tarpeensa tulisi palauttaa palvelutuotannon kehittämisen keskiöön. Samalla on huomioitava palvelujen kustannustehokkuus. Tavoitteena tulee olla asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen konsensus: yhteisymmärrys asiakkaan tarpeista ja palveluiden mahdollisuuksista tyydyttää asiakkaan tarpeita kummankin osapuolen näkökulmasta parhaalla mahdollisella tavalla. Hyvässä hoito- ja palveluprosessissa asiakas on toiminnan keskipisteessä ja toiminnot suunnitellaan kunkin asiakkaan yksilöllisistä tarpeista lähtien. Tällöin asiakas osallistuu aktiivisena toimijana prosessiin suunnitteluun ja toteutukseen. (Virtanen ym. 2011, 12,14; Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 102.)

Toivosen, Ramstedt-Sen ja Anttiroikon (2011) mukaan palveluprosessien kehittämisellä on merkittävä rooli kuntien kehittämistoiminnassa. Tavoitteena onkin kehittää prosesseja, jotka lisäävät sekä palvelun laatua, kustannustehokkuutta että vaikuttavuutta. Tällöin käytettävissä olevista resursseista saadaan maksimaalinen hyöty. Hoito- ja palveluketjut, hoitopolut tai hoito- ja palveluprosessit ovat terveydenhuollon prosesseja, jotka on suunniteltu valtakunnallisten suositusten ja lakien mukaisesti alueellisiin tai paikallisiin olosuhteisiin sopiviksi. Niiden tavoitteena on asiakkaan hyvä hoito. (Ketola, Mäntyranta, Mäkinen, Voipio-Pulkki, Kaila, Tulonen-Tapio, Nuutinen, Aalto, Kortekangas, Brander & Komulainen 2006, 7-8.) Hoito- ja palveluketju sekä hoitopolku ovat ajattelumalleja hoidon tarpeen tunnistamisessa, määrittämisessä, hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Prosessiajattelussa niistä muodostuu itse asiassa tietyn asiak-

kaan tai asiakasryhmän palveluprosessi, joka tuottaa tavoitellun lopputuloksen. Asiakkaalle se on hänen tiettyyn ongelmaansa keskittyvä yksilöllinen ja suunnitelmallinen hoidon ja palveluiden kokonaisuus. (Iivari, Ruotsalainen & Hämäläinen 2002, 163; Silvennoinen-Nuora 2010, 91–92; Nordback ym. 2010, 1549–1550.)

Ikääntyvien palveluiden laatusuosituksen (2013, 48) mukaan strategisen johtamisen haasteena on suunnitella hyvin toimivat hoito- ja palveluketjut. Niiden tehtävänä on liittää sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen palveluketjut eheäksi sujuvaksi kokonaisuudeksi. Erityistä huomiota on kiinnitettävä eri palvelujen rajapintoihin sekä asiakkaan palvelutarpeiden muutosten johdosta välttämättömiin siirtymiin, kuten yksiköstä toiseen siirtymiseen tai kotiutumiseen, ja edelleen kotona pärjäämiseen. Hoito- ja palveluketjujen johtaminen edellyttää yhteisesti sovittuja, eri osapuolten tiedossa olevia tavoitteita sekä selkeitä ja dokumentoituja vastuun- ja työnjakoja.

Terveysterveysten hoito- ja palveluprosessien määritelmät ja termit ovat sekavia ja vakiintumattomia sekä Suomessa että maailmanlaajuisesti. Yhtenä esimerkkinä, hoitoketju – sanasta on olemassa 84 erilaista englanninkielistä ilmaisua, joista yleisimmin käytetty termi on clinical pathway. (Vanhaecht 2007, 8; Kinsman, Rotter, James, Snow & Willis 2010, 1.) Myös Suomessa eri lähteissä nimityksiä käytetään varsin kirjavasti kuvamaan samaa asiaa, esimerkkeinä hoitopolku, palvelu- tai hoitoketju, tai uusimpana palvelu- tai hoitoprosessi.

Lainsäädännössä saumattomalla *palveluketjulla* tarkoitetaan toimintamallia, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muun sosiaaliturvan kokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähteiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja (Sosiaalihuoltolaki (1301/2014, § 41). Mainitussa laissa palveluketjulla tarkoitetaan siis sosiaali- ja terveysterveysten palveluiden muodostamia palvelukokonaisuuksia. *Hoito-* *ketju* määritellään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseksi

sairaanhoidon ja kuntoutuspalveluiden kokonaisuudeksi. Hoitoketju voi siten olla osa palveluketjua, joka kuvaa tietyn sairauden hoidon työnjakoa eri toimijoiden välillä. *Hoitopolku* on puolestaan alueellinen tai paikallinen määritelmä tietyn potilasryhmän hoitoon osallistuvien henkilöiden tehtävienjaosta ja potilaiden liikkumisesta eri toimijoiden välillä. Hoito- ja palveluketjun sekä hoitopolun tai -prosessin tarkoitus on toimia valtakunnallisten suositusten toimeenpanon välineinä. (Silvennoinen-Nuora 2010, 91 - 92; Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine & Lappalainen 2003, 8 - 9; Stakes 2002, 7.) Suunnitteilla oleva Sote-uudistus saattaa muuttaa näiden termien käyttötarkoituksia julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja aiheuttaa tarpeen määritellä termit uudelleen.

Terveydenhuoltolain (1326/2010, § 35) mukaan perusterveydenhuollon yksiköiden tulee laatia ja kehittää aktiivisesti asiakkaiden hoito- ja kuntoutuspolkuja. Hoitopolkujen ja palveluketjujen mallintaminen onkin tyypillinen prosessimainen järjestäytymisen tapa terveydenhuollossa. Hoitopolut ja palveluketjut ovat horisontaalisesti järjestäytyneitä ja koskevat tiettyä potilasryhmää. Hoitopoluilla ja palveluketjuilla pyritään takaamaan potilaalle oikea-aikainen hoitoon pääsy ja sujuva hoidon eteneminen suunnitelman mukaisesti. Kuvatut hoitopolut toimivat myös toiminnan ohjaajana ja mallina ammattilaisille ja niitä voidaan käyttää myös hoidon arvioinnin tukena. (Heinämäki, Voipio-Pulkki, Mäenpää & Kaila 2007, 2019 - 4023.) Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palveluketjujen perustana on kuntien palvelujen järjestämisvelvollisuus, mutta usein kunnallisia hoitopolkuja täydentävät myös yksityiset palveluntuottajat ja kolmannen sektorin toimijat. (Iivari ym. 2002, 159).

Klemola, Saranto, Ensio ja Kivekäs (2006, 2522–2523) ovat tutkineet lonkka- ja sydänpotilaiden hoitoketjujen toimivuutta henkilökunnan näkökulmasta. Tutkijat toteavat, että hoitohenkilökunta tunsi keskimäärin huonosti hoitoketjujen kokonaisuuden. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta hoitoketjut eivät toimi hyvin. Hoitoketjuja tulisi kehittää, mallintaa ja kuvata. Kuvattua toimintaprosessia tulisi hyödyntää sekä henkilöstön perehdyttämisessä, uuden toimintamallin juurruttamisessa että kouluttamisessa.

Myös asiakas hyötyisi tiedosta, miten hänen hoitoprosessinsa pääpiirteittäin etenee. Asiakkaalla tulee olla myös mahdollisuus vaikuttaa oman hoitoprosessinsa etenemiseen.

Lindbergin (2013, 68 - 69) mukaan hoito- ja palveluketjujen toimivuuden kannalta merkittäviä tekijöitä ovat johdon sitoutuneisuus, toimintamallin kuvaaminen, henkilökunnan perehdyttäminen toimintamalliin sekä selkeä työnjaoista sopiminen: kuka tekee, mitä tekee ja milloin tekee. Hyvä tiedon kulku ja työntekijöiden osaamisen varmistaminen ovatkin edellytyksiä toiminnan sujumiselle.

3.6 Prosessien kehittäminen, määrittely ja arviointi

Julkisen hallinnon suosituksen (JHS) mukaan prosessien kehittäminen on osa organisaatioiden suunnittelu- ja kehittämistoimintaa. Siksi prosessien kehittämisen pohjana ovat organisaation toimintaa ohjaavat visiot, strategiat ja yleiset toimintaperiaatteet. Prosessien kehittämisellä on useita tavoitteita, joista yleisimpiä ovat toiminnan tehostuminen, toiminnan laadun ja palvelutason parantuminen, ongelmatilanteiden hallinta sekä kustannussäästöjen aikaansaaminen. Käytännössä tämä saattaa tarkoittaa esimerkiksi asioiden uudenlaista keskittämistä, päällekkäisten työvaiheiden poistamista tai rinnakkaisvaiheiden poistamista läpimenoajan lyhentämiseksi. Prosessien kehittämisestä seuraa usein uusi, parempi tapa organisoida prosessit. Käytännössä prosessien kehittäminen lähtee yleensä liikkeelle ongelmasta, johon haetaan ratkaisua. Muutosprosessin suunnittelussa ja läpiviennissä kannattaa hyödyntää organisaatiossa olevaa osaamista ja kokemustietoa. Organisaation johdon tehtävänä on antaa selkeä toimeksianto ja tavoitteet prosessien kehittämiselle sekä varattava riittävästi aikaa muutosten täytäntöönpanoon ja käyttöönottoon. Muutoksen tulee johtaa jatkuvaan kehittämiseen ja vaikutusten mittaamiseen pysyvän hyödyn saavuttamiseksi. (JHS 2012, 3.)

Prosessilla tarkoitetaan yleisesti suoritusten sarjaa, joka tuottaa jotain. Organisaatioissa prosessit ovat sinänsä riippumattomia organisaatorakenteesta, mutta organisaatorakenne määrittää osittain sen, miten tehokkaasti prosessit toimivat. Prosessien määrittely on siten aina organisaatiosta riippuvainen. Yleisesti prosessit jaotellaan ydin- ja tukiprosesseihin. Lisäksi voidaan määritellä omaksi ryhmäkseen johtamisprosessi. Organisaation menestymisen kannalta tärkeimpiä ovat ydinprosessit eli pääprosessit. Ne muodostavat organisaation ydintehtävät, joiden vuoksi organisaatio on olemassa. Julkishallinnossa ydinprosesseilla tarkoitetaan yhteiskunnallisia vaikuttavuusprosesseja, joiden kautta organisaation yhteiskunnallinen vaikuttavuus syntyy. Kuntaorganisaatioissa tyypillisiä ydinprosesseja ovat muun muassa hyvinvoinnin edistämisen ydinprosessit, elinvoiman ja kaupunkikehityksen ydinprosessit sekä terveyden ja toimintakyvyn ydinprosessit. Näille ydinprosesseille on ominaista, että niiden palvelut ja tuotteet suuntautuvat ulkoisille asiakkaille, kuntalaisille. Organisaatiot eivät kuitenkaan voi toimia vain ulkoisille asiakkaille arvoa tuottavien ydinprosessien varassa, vaan tarvitaan myös tuki- tai alaprosessit, jotka auttavat pääprosesseja toimimaan tehokkaasti. Organisaatiot eivät kuitenkaan ole olemassa tuki- ja alaprosesseja varten. (Laamanen & Tinnilä 2002, 12, 62–63; Laaksonen ym. 2012, 58.) Tukiprosessit, jotka ovat ydinprosesseja tukevia sisäisiä toimintoja, ovat esimerkiksi henkilöstön johtamisen prosessi, hankinta-, viestintä- ja kansliapalvelujen prosessit (Kenni & Asikainen, 2011, 13).

Kennin ja Asikaisen mukaan (2011, 14) prosessien määrittely etenee yleisistä päämääristä niihin keinoihin eli prosesseihin, joilla organisaatio pyrkii saavuttamaan kyseiset päämäärät. Aloittamalla määrittelytyö toiminnan yhteiskunnallisista päämääristä ja organisaation missiosta, säilytetään yhteys toiminnan yleiseen päämäärään koko prosessien suunnittelutyön ajan. Organisaation siirtyminen kohti prosessilähtöistä toimintaa etenee vaiheiden kautta. Vaiheet ovat prosessien tunnistaminen, määrittely ja kuvaaminen, omistajien nimeäminen, suorituskyvyn mittaaminen sekä prosessien jatkuva kehittäminen.

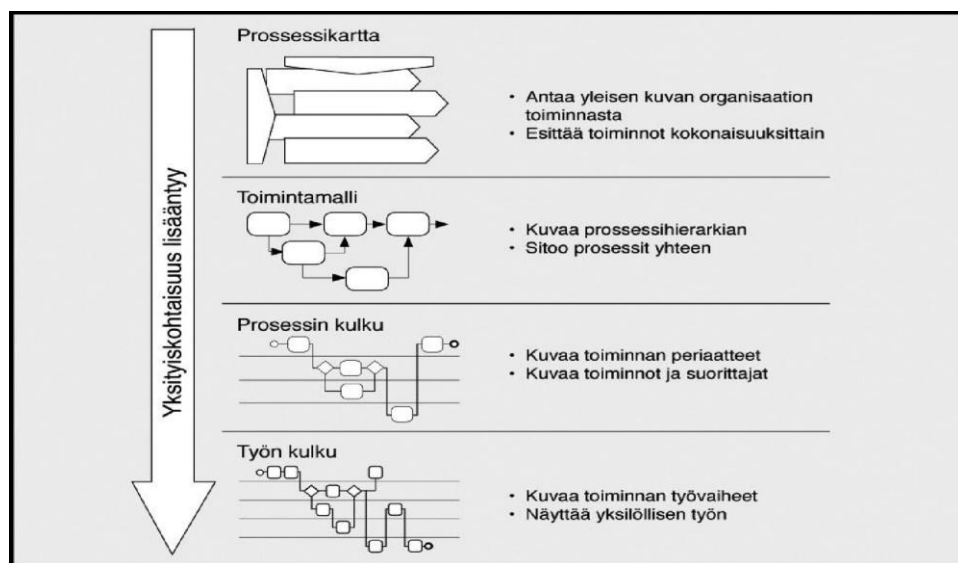
Prosessien tunnistaminen muodostuu keskeisimpien tavoitteiden, asiakkaiden, toimintojen ja suoritteiden määrittelemisestä. Myös prosessin tavoitteet, alku ja päättymisen määritellään. Prosessi alkaa aina asiakkaasta ja päättyä asiakkaaseen. Prosesseja tunnistettaessa ja määriteltäessä tunnistetaan organisaation asiakkaiden keskeiset tarpeet ja määritellään keinot niiden täyttämiseksi. (Kenni & Asikainen, 2011, 15.)

Prosessimallinnuksessa toiminta alkaa tavoitteiden, resurssien ja tietopuustan kartoittamisella. Varsinaisen prosessimallinnuksen tekee tehtävään nimetty mallinnustiimi. Mallinnus alkaa nykytilan kartoituksesta ja etenee asetettujen tavoitteiden kannalta tarkoituksenmukaisen toimintaprosessin suunnitteluun ja kehittämiseen. Mallinnuksen tuloksena syntyy toimintaprosessia kuvaavat prosessikuvaukset. (Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen & Tamminen 2012, 13). Prosessikuvaukset auttavat hallitsemaan organisaation toimintakokonaisuuksia ja tehostamaan toimintaa. Yhtenäisellä tavalla kuvatut prosessit helpottavat niihin tutustumista ja edistävät niiden toteutumista. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 6-8; JHS 2012, 1.)

Kennin ja Asikaisen mukaan (2011, 17) prosessien tunnistamisen jälkeen ne määritellään ja kuvataan. Prosessien määrittelyssä prosessien sisällöt täsmennetään kuvaamalla prosessien keskeiset vaiheet, niiden väliset yhteydet sekä kuhunkin vaiheeseen liittyvät vastuut ja prosessin kannalta kriittiset suorituskykytekijät. Prosessikuvaukset toimivat prosessin hallinnan, arvioinnin ja parantamisen apuvälineinä sekä henkilöstö-, materiaali-, tieto- ja taloushallinnon tukena. Esimiehet voivat hyödyntää prosessikuvauksia työn kuormittavuuden mittaamisessa, työn jaon ja vastuiden selkiyttämisessä, resurssitarpeiden, ongelmatilanteiden ja päällekkäisyyksien selvittämisessä, työohjauksessa sekä perehdyttämisessä. Prosessikuvauksen avulla voidaan myös asettaa toiminnan arvioinnissa käytettäviä mittareita sekä muuntaa organisaatiossa olevaa hiljaista tietoa näkyväksi. Kussakin organisaatiossa kannattaa miettiä ennen prosessien kuvausten aloittamista, minkä tasoisia prosessikuvauksia tarvitaan. (JHS 152, 2012, 3.)

Yhdenmukaisella tavalla kuvatut toimintamallit ja prosessit helpottavat niihin tutustumista ja ymmärtämistä, kuten myös yhteistyön suunnittelua sekä organisaation sisällä että yli organisaatiorajojen. Prosessikuvaukset yhteisellä kielellä mahdollistavat sekä olemassa olevien että tavoiteltavien toimintamallien luotettavan vertailun. Prosessien kuvaaminen on osaltaan viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999, § 8.1) hyvän tiedonhallintatavan ja hallintolain (434/2003) mukaista hyvän hallinnon toteuttamista organisaatiossa. (JHS 2012, 1-3.)

Prosesseja voidaan kuvata monella eri tasolla, jolloin niiden yksityiskohtaisuus vaihtelee. Seuraavassa kuviossa (kuvio 6) esitetään JHS:n laatima malli, jossa prosessit on jaettu neljään kuvaustasoon: prosessikartta, toimintamalli (prosessitaso), prosessin kulku (toimintotaso) ja työn kulku. Kuvaukset tarkentuvat ja yksityiskohtaisuus lisääntyy, mitä alemmas kuvaustasoilla siirrytään. Eri tasojen kuvaukset voivat mennä päällekkäin organisaatioiden koon, tehtävien monipuolisuuden tai kuvausten käyttötarkoituksen vuoksi. Aina ei ole tarkoituksenmukaista kuvata prosesseja neljällä tasolla, jolloin tasoja voi yhdistää tai kuvata prosessit vain yhdellä tasolla. (JHS 2012, 6.)



KUVIO 6. Prosessien kuvaustasot (JHS 2012, 7).

Prosessikartta on prosessikuvausten ylin taso, jossa kuvataan organisaation toiminta ja esitetään organisaation toiminnot kokonaisuuksittain. Prosessikartan tehtävänä on esittää organisaation toiminnasta kokonaiskuva. (JHS 2012, 7.) *Toimintamallitasolla* organisaation toiminta kuvataan prosessihierarkia eli prosessien jakautuminen osaprosesseiksi sekä määrittämään prosessien omistajat sekä tavoitearvot ja mittarit. Toimintamalli antaa kokonaiskuvan toiminnasta ja sitoo prosessit yhteen. Toimintamallikuvaus muodostuu toimintamallikaaviosta sekä niitä täydentävistä tekstidokumenteista (JHS 2012,7.) *Prosessin kulku -tasolla* kuvataan puolestaan toiminnan periaatteet, työvaiheet, toiminnot ja niistä vastaavat toimijat. Tämä taso tuo esille toiminnan mahdolliset ongelmat. Prosessin kulku -kuvauksissa esitetään vastaavat asiat kuin toimintamallikuvauksissa, mutta yksityiskohtaisemmin. Kuvauksen tarkkuuden mukaan tarkastellaan vielä prosessin ja osaprosessin jakautumista toiminnoiksi, tehtäviksi, osatehtäviksi ja toimenpiteiksi, minkä lisäksi kuvauksiin voidaan liittää resursseja. Osaprosessit, toiminnot, tehtävät ja syötteet nimetään ja niiden tiedot ja myös tarkoitus kuvataan. Tehtävien osalta määritellään myös suorittajien roolit. (JHS 2012, 6, 8.) *Työn kulku -tasolla* kuvataan toiminnan työvaiheet, prosessien sisäiset ja ulkoiset riippuvuudet tietotyyppeinä. Niiden avulla nähdään, missä muodossa tieto eri toimintojen välillä liikkuu. Myös prosesseihin liittyvien tietovarastojen ja ulkoisten järjestelmien välinen tieto kuvataan käyttötarkoituksen mukaisesti. Tällä tasolla toimintojen vuorovaikutus ja työn ohjauksellinen kulku kuvataan numeroimalla toiminnot, tehtävät, osatehtävät ja toimenpiteet hierarkkisesti. Työn kulku -tasoa käytetään esimerkiksi silloin, kun halutaan kehittää prosessia, muodostaa prosessin mukaiset työohjeet tai vaikkapa kehittää prosessia sähköiseksi palveluksi. (JHS 2012, 6, 9-10.)

Kennin ja Asikaisen (2011, 17–18) mukaan prosessikartta, jossa on kuvattu organisaation ydinprosessit riittää, mikäli prosesseja käytetään organisaation toiminnan yleisesittelyssä. Se korvaa perinteisen organisaation

tiokaavion prosessilähtöisessä organisaatiossa. Prosessikartan avulla voidaan kuvata sitä, miten organisaatio toteuttaa tehtävänsä, jota varten se on olemassa. Siitä ei kuitenkaan selviä se, millaisista osaprosesseista ydinprosessit ja tukiprosessit muodostuvat. Prosessien kuvaus edellyttääkin jo täsmällisempää prosessien sisällön määrittelyä. Jos tavoitteena on toiminnan – tai mittariston kehittäminen tai benchmarking, on ydinprosessit määritettävä ja kuvattava. Mikäli tarpeena on laadunhallintajärjestelmän kuvaus, silloin myös osa- ja tukiprosessit tulisi kuvata ja määrittää sekä ottaa soveltuvat menettely- ja työohjeet laadunhallintajärjestelmän piiriin. Eniten käytetty prosessien kuvausten taso on organisaation prosessikartta, josta ilmenee organisaation ydinprosessien nimet ja keskeisimmät tukiprosessit.

Prosessien suorituskkyä mittaamalla tuotetaan tietoa prosessien kehittämistyön pohjaksi. Mittaaminen ei prosessijohtamisessa ole itsetarkoitus, joten mittarit ovat tarpeettomia, mikäli ne eivät tuota relevanttia tietoa. Koska prosessijohtaminen on toiminnan kehittämistä asiakkaiden tarpeita ja yhteiskunnallisia vaikuttavuustavoitteita vastaavaksi, prosessien suorituskyyvyn mittaaminen on perimmiltään asiakkaiden ja muiden sidosryhmien asettamien vaatimusten pohtimista – mitä asiakkaat odottavat ja mistä vaikuttavuus syntyy. Koska kuntaorganisaatioissa prosessit ovat hyvin eritasoisia, ne eivät ole aina mitattavissa. Erityisesti hyvinvointiprosesseissa panos-tuotos – mittareiden lisäksi on osoittautunut haasteelliseksi löytää muita hyviä mittareita. (Kenni & Asikainen, 2011, 18–19.)

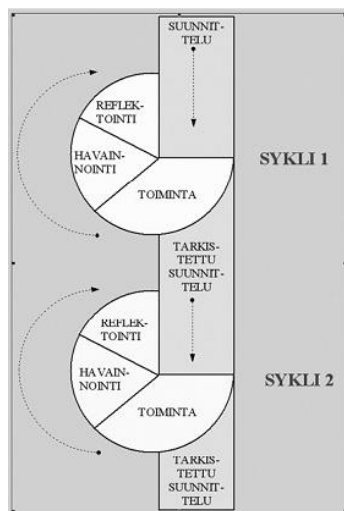
4 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISMENETELMÄNÄ

4.1 Toimintatutkimus

Tämä kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksen mallin mukaisesti. Toimintatutkimus on väljä tutkimusstrateginen lähestymistapa, jolle ominaista ovat käytännönläheisyys, muutosinterventio, prosessimaisuus, reflektiivisyys ja ihmisten osallistaminen tutkimukseen. Lähtökohtana on yleensä käytännön elämässä havaittu puute tai ongelma, johon tutkija ja kohdeyhteisön jäsenet pyrkivät löytämään ratkaisun kehittämällä olemassa olevia käytänteitä entistä paremmiksi ja suunnittelemalla uusia parempia toimintatapoja ja menetelmiä. Tavoitteena on muuttaa todellisuutta sitä tutkimalla ja tutkia todellisuutta sitä muuttamalla. (Heikkinen 2007, 15, 27; Metsämuuronen 2006, 222.)

Heikkisen (2007, 16–17) mukaan toimintatutkimus on vuorovaikutukseen pohjautuvaa tutkivaa toimintaa, jossa tuotetun tiedon avulla kehitetään toimintakulttuuria. Tutkija kehittää toimintaa tiiviissä yhteistyössä toimijoiden kanssa. Keskusteluun käytetään runsaasti aikaa sekä organisaation työntekijöiden että johdon kanssa. Toimintatutkimuksen tavoitteena on saada aikaan kehitystä, hyödyllistä muutosta toiminnassa ja samalla luoda käytännöllistä tietoa. (Toikko & Rantanen, 2009, 22; Heikkinen 2007, 22.)

Syklisyys on luonteenomaista toimintatutkimuksessa, jossa toimintaa kehitetään vähitellen useiden vaiheiden kautta. Kehitettävä toiminta etenee suunnittelun, toiminnan, toteutuksen havainnoinnin ja reflektoinnin spiraalisena kehänä. Reflektiivinen spiraali yhdistää toisiinsa menneisyyden ja siihen liittyvän rekonstruktion sekä lähitulevaisuuden ja siihen liittyvän toiminnan. Kertyneen kokemuksen ja tiedon perusteella suunnitellaan entistä parempi tapa toimia. Toimintaa hiotaan paremmaksi näin etenevien toimintasykliä avulla, jolloin kokeilujen ja tutkimuksen vuorovaikutuksena muodostuu etenevä spiraali, kuten seuraavassa Linturin laatimassa kuviossa (kuvio 7) kuvataan. (Heikkinen 2007, 35; Metsämuuronen 2006, 222; Kiviniemi 1999, 66–67).



KUVIO 7. Toimintatutkimuksen syklit (Linturi 2003)

Heikkinen (2007, 19) toteaa, että kehittäminen onkin kokeilun ja tutkimuksen vuorovaikutusta. Kehittämisen sykleillä ei ole päätepistettä, vaan kehittäminen on jatkuva prosessi. Ensimmäinen toteutusvaihe on lähinnä alkua jatkuvalle kehittämistyölle. Kokemus toimintatavasta ja toimintaympäristön muutoksesta antavat aihetta aina uudelleen arviointiin ja entistä paremman toimintakäytännön suunnitteluun. Toimintatutkimuksen raportointi päättyy hankkeen päättyessä, mutta kehittäminen jatkuu. Siten voidaan kehittää yhä parempia toimintakäytäntöjä ja vastata ajan mukanaan tuomiin muuttuviin haasteisiin.

Kanasen (2009, 22–44) mukaan toimintatutkimusta pidetään yleensä yhtenä kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen muotona, mutta siihen voi sisältyä myös kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen piirteitä. Sekä menetelmät tiedonkeruussa että analyysissä vaihtelevat aina tarpeen mukaan. Tiedonkeruumenetelmiä ovat muun muassa havainnointi eri muodoissaan, haastattelut, ryhmätyöt, kirjalliset lähteet ja kyselyt. (Kananen 2009, 60–61.) Hirsijärvi ja Hurme (2010, 37) toteavat, että havainnointi on yhteinen ja välttämätön perusmenetelmä kaikille tieteen haaroille. Heidän mukaansa kaikki tieteellinen tieto perustuu todellisuudesta tehtyihin havaintoihin, joiden tekemiseen eri tieteen alat ovat kehittäneet erilaisia ha-

vainnointimenetelmiä. Toimintatutkimus voidaan jakaa viiteen analyysitasoon toiminnan laajuuden mukaan: yksilö, ryhmä, ryhmien väliset suhteet, organisaatio ja alueellinen verkosto (Heikkinen 2007, 16–17).

Toimintatutkimus voidaan Metsämuurosen (2006, 226) mukaan toteuttaa yksittäisen henkilön tekemänä kehittämistehtävänä, mutta useimmiten se toteutetaan koko työyhteisön tai organisaation tasolla. Tutkivan kehittämisen ja uuden tiedon toteuttamisvaihetta kuvaa monimenetelmällisyys, jolloin uuden tiedon tuottamisessa voidaan käyttää lomittain tai rinnakkain määrällisiä, laadullisia ja osallistavia menetelmiä aina kulloisenkin tarpeen mukaan. Oleellista on, että menetelmät valitaan harkiten, aineisto kerätään ja analysoidaan sekä tulokset esitetään siten, että kehittämishankkeen käynnistänyt käytännön ongelma tulee ratkaistuksi. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 110.)

Heikkinen (2007, 20) pitää työyhteisössä yhdessä kehitettyä ratkaisua usein parempana kuin mitä ulkopuolinen tutkija voisi yksin saada aikaan. Työyhteisön jäsenet tuntevat ongelman ja sen ratkaisun vaihtoehdot parhaiten. Tutkija-kehittäjä osallistuu yhdessä käytännön osaajien kanssa siihen maailmaan, jota hän kehittää ja tutkii. Osallistuvassa kehittämisessä myös kehittämiskohteet määritellään yhdessä osallistujien kanssa heille tutussa kontekstissa. Tavoitteena on että osallistujat tarkastelevat kriittisesti toimintaansa ja oppivat kehittämisprosessin aikana. Tutkimuskohteen tarkasteleminen sisältä päin vaikuttaa tietysti tutkijan suhtautumiseen aineistoon ja sen analyysiin, koska toimintatutkijalle myös oma kokemus on osa aineistoa. Hän käyttää omia havaintojaan muun tutkimusmateriaalin lisäksi ja käsitys kehittyy pikkuhiljaa. Tällaista vähittäistä ymmärtämisen ja tulkinnan prosessia kutsutaan hermeneuttiseksi kehäksi.

Heikkinen (2007, 19–20) korostaa, että toimintatutkimusta tekevän tutkijan tehtävänä on havainnoida, analysoida ja ymmärtää muutosta yhteistyössä tutkittavan yhteisön kanssa. Tutkija tarkastelee toimintaa sisältäpäin, jolloin hänen omat havaintonsa muodostavat osan aineistoa. Toimintatutki-

muksessa tutkija on aktiivinen osallistuva toimija ja vaikuttaja, joka muuttaa tarkoituksellisesti toimintaa haluttuun suuntaan. Sen lisäksi, että tutkija käynnistää muutoksen, hän rohkaisee toimijoita tarttumaan asioihin sekä kannustaa ja tukee heitä muutosprosessin aikana. Tavoitteena on, että toimijat osallistuvat aktiivisesti kehittämistyöhön, jolloin kehittämisen suunta on yhteistyössä suunniteltu. (Heikkinen 2007, 19–20.)

4.2 Kommunikatiivinen toimintatutkimus

Tässä hankkeessa kehittämismenetelmänä käytettiin kommunikatiivista toimintatutkimusta, joka on yksi toimintatutkimuksen monista lähestymistavoista. Heikkisen, Kontisen ja Häkkisen (2007, 39 - 40) mukaan eri tutkimussuuntia ei ole syytä arvottaa normatiivisesti, vaan niistä kannattaa valita tarkoituksenmukaisin vaihtoehto, työkalu kulloiseenkin tehtävään. Tämän ajattelusuuntauksen ideologia perustuu Jurgen Habermasin kehittämään kommunikatiivisen toiminnan teoriaan. Teoriassaan Habermas määrittää tasavertaisen vuorovaikutuksen ehdot, jossa ihanteena on kaikkien osallistujien vapaa ja avoin keskustelu. Kommunikatiivisen toimintatutkimuksen perusajatus on kommunikaatio ja sen kehittyminen, jotka ovat edellytyksenä työorganisaatioissa aikaansaataville muutoksille (Kuula 1999, 94). Kuusela (2005, 54) toteaa, että kommunikatiivinen toiminta on merkittävässä asemassa toimintatutkimuksellisessa kehittämisessä, koska toiminnan kehittäminen tapahtuu käytännössä yhteisen keskustelun kautta.

Heikkinen (2007, 57–60) korostaa, että kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa painotetaan osallistujien tasavertaista keskustelua ja vuorovaikutusta muutoksen aikaansaamiseksi. Työntekijä nähdään työn parhaana asiantuntijana, joka toimii aktiivisena kehittäjänä ja muutoksen liikkeellepanijana. Jokaisella osanottajalla on mahdollisuus ja velvollisuus tuoda oma näkökulmansa esille, sekä auttaa myös muita ryhmän jäseniä esittämään omat mielipiteensä kehitettävästä asiakokonaisuudesta. On tärkeää, että keskusteluun osallistuvat hyväksyvät ja huomioivat erilaisia mielipiteitä ja

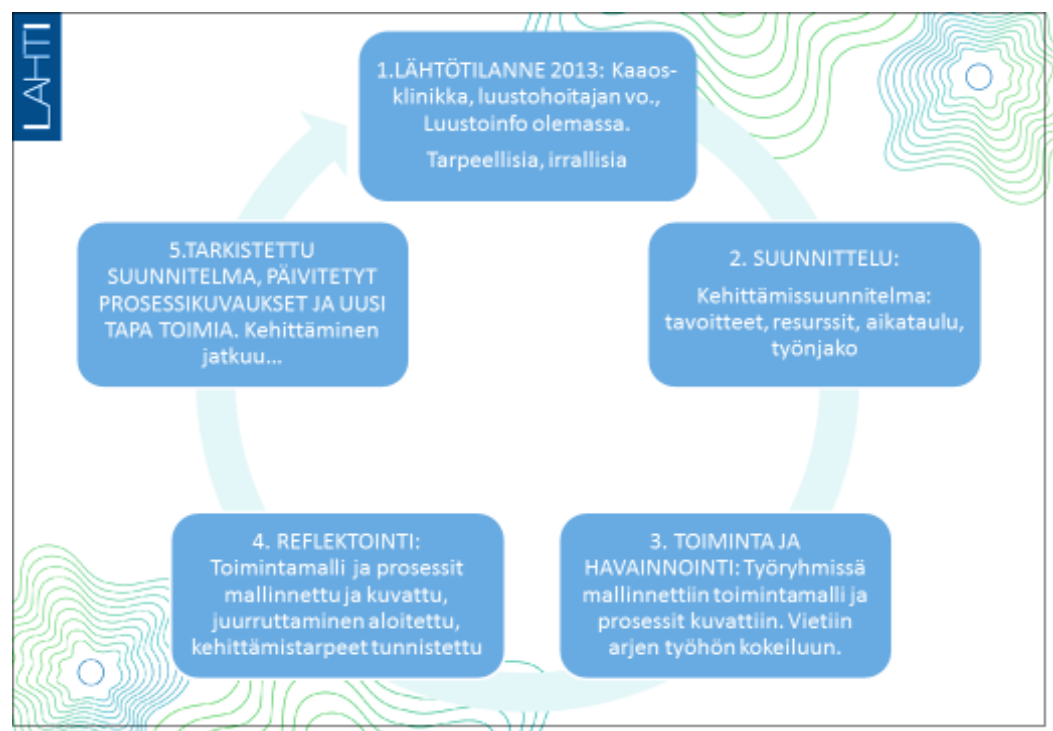
perusteluita niille. Menetelmä tarkoittaa yksikertaisesti työyhteisöjen yhteisiä toiminnan periaatteita, jotka mahdollistavat kaikkien ryhmän jäsenien osallistumisen yhteiseen keskusteluun tasavertaisesti (Kuusela 2005, 57). Toikko ja Rantanen (2009, 104–105) toteavat, ettei siihen vaikuta esimerkiksi henkilön asema organisaatiossa, vaan se perustuu yhteiseen jäsenyyteen. Keskustelussa on käytettävä kieltä, joka on kaikille ryhmän jäsenille ymmärrettävää ja selkeää.

Kuuselan (2005, 55) mukaan ihmisten välinen kommunikaatio ja kieli ovat yksi inhimillisen toiminnan koordinaatiomekanismeista. Kommunikatiivista toimintaa tarkasteltaessa tutkitaan yksilöiden toimintaa kokonaisuudessa, jotta saadaan syntymään yhteisymmärrys toiminnasta, jota halutaan kehittää ja ylläpitää. Kuula (1999, 94 - 95) toteaa, että yhteisiä merkityksiä ja kommunikaatioita voidaan rakentaa käytännön toimintaan erilaisin keinoin. Työkonferenssit ovat ryhmätyömenetelmä, jossa korostetaan osallistujien tasapuolista ja laaja-alaista edustusta organisaatiosta sekä demokraattisen dialogin noudattamista. Työkonferensseissa osallistujat itse rakentavat niiden sisällön. Tavoitteena on ideoiden ja niiden pohjalta syntyvien ratkaisujen yhteinen jakaminen kommunikaation ja dialogin kautta. Työtapoina voidaan käyttää joko ryhmä- tai yleiskeskusteluja. (Toikko & Rantanen 2009, 104.)

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

5.1 Kehittämishankkeen eteneminen

Toimintamallin suunnittelusta ja prosessien mallintamisesta rakentui toimintatutkimuksellinen spiraali, joka sisälsi lähtötilanteen arvioinnin, kehittämistyön suunnittelun, toteutuksen ja reflektoinnin (kuvio 8).



KUVIO 8. Toimintatutkimuksen sykliä mukaillen

Toimintatutkimuksen spiraalimallia on kritisoitu kaavamaisuudesta ja siitä, ettei se kuvaa täysin käytännön toiminnan monimutkaisuutta. Malli jäsentää tutkimusprosessia, mutta kuvaa sen eri osiot pelkistetyesti ja vaiheittaisesti. Todellisuudessa suunnittelu, toiminta ja reflektointi lomittuvat, eikä niitä siksi voi täysin erottaa toisistaan. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 80.) Niin tässäkin kehittämishankkeessa eri vaiheet etenivät limittäin: suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi sekä toiminnan kehittä-

nen etenivät rinnakkain arjen työn lomassa ja työtä tehdessä. Kehittämistyötä, suunnittelua ja reflektointia tehtiin sekä moniammatillisen kehittämistyöryhmän työkonferensseissa, joita kutsun tässä työssä työpajoiksi, että pienryhmissä, jotka auttoivat kehittämistyöryhmässä asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa. Tämän hankkeen kehittämiskoordinaattorina toimiessani kehittämistyö eteni oman Kaaos-klinikalla tekemäni klinisen työn ja muiden kehittämishankkeiden rinnalla.

5.2 Kehittämishankkeen lähtötilanne ja suunnittelu

Osteoporoosipotilaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmallin suunnittelu ja siihen sisältyvien toimintaprosessien mallintaminen oli käytännön työelämälähtöinen kehittämishanke. Siitä syntyi samalla opinnäytetyö, osa opintojani Lahden Ammattikorkeakoulun ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämissuunnitelman ja johtamisen koulutusohjelmassa. Kehittämishankkeessa oli opiskelijan lisäksi muina sopijapuosapuolina Lahden kaupungin Sosiaali- ja terveystoimialan Vanhusten palveluiden ja kuntoutuksen vastuualueen kuntoutuspäällikkö sekä oppilaitoksen puolesta ohjaava opettaja. Kehittämishankkeesta allekirjoitettiin asiaan kuuluva yhteistyösopimus. Sopimuksen allekirjoittamalla opiskelija sitoutui viemään läpi kehittämishankkeen, kuntoutuspäällikkö sitoutui mukaan kehittämishankkeeseen ja opettaja sitoutui antamaan opinnäytetyön edellyttämän ohjauksen ja tuen.

Lahden sosiaali- ja terveystoimialalla on vuodesta 2010 lähtien kehitetty aktiivisesti osteoporoosipotilaiden tutkimista, hoitoa ja kuntoutusta. Vuoden 2010 syksyllä käynnistettiin Lahdessa Kaatumis- ja osteoporoosiklinikan eli Kaaos – klinikan toiminnan. Klinikalla osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan luustoterveystta, terveyttä, liikunta- ja toimintakykyä sekä kaatumisten riskiä tutkitaan ja arvioidaan laaja-alaisesti ja kokonaisvaltaisesti sekä suunnitellaan toimenpiteitä kaikkien riskitekijöiden vähentämiseksi. Toimin klinikalla kehittämiskoordinaattorina ja fysioterapeuttina työparinani osavastuullinen lääkäri. Pian toiminnan käynnistyttyä selvisi, että osteoporoosin

riskissä olevia lahtelaisia on niin paljon, ettei kaikkia pystytä Kaaos-klinikalla tutkimaan ja hoitamaan – ja toisaalta, kaikki riskiasiakkaat eivät tarvitse niin laaja-alaista ja kokonaisvaltaista kokonaistilanteen kartoitusta, joka Kaaos-klinikan toimintamalliin kuuluu. Tarvittiin siis kevyempi toimintaprosessi hyväkuntoisten, usein nuorempien osteoporoosin riskissä olevien asiakkaiden tunnistamiseen, tutkimiseen ja hoitoon.

Vuonna 2011 terveyskeskuksen ylilääkärin päätöksellä koottiin moniammatillinen työryhmä, jonka tehtävänä oli suunnitella kevyempi luustohoitajien toteuttama toimintaprosessi osteoporoosin ja murtuman riskissä oleville asiakkaille, joilla ei ole liikunta- ja toimintakyvyn ongelmia. Tehtävänä oli myös käynnistää toiminta. Luustohoitajiksi nimettiin ja koulutettiin terveysasemien reumahoitajat. Tehtävien nähtiin tukevan toisiaan ja hoitajilla oli jo runsaasti tarvittavaa erityisosaamista. Luustohoitajien vastaanottotoiminta käynnistyi kaikilla sen aikaisella neljällä terveysasemalla suunnitellun toimintaprosessin mukaisesti vuonna 2012.

Lahtelaiset osteoporoosi- tai osteopenia diagnoosin saaneet luustokuntoutujat kertoivat kaipaavansa enemmän tietoa sairaudesta ja tukea omahoitoon ja kuntoutumiseen. Silloin ainoa kuntoutusmahdollisuus oli hakea Luustoliiton järjestämille Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamille kuntoutuskursseille kuntoutuslaitoksiin eri puolille Suomea. Niihin ei kaikilla ollut mahdollisuutta päästä tai lähteä. Osteoporoosiliitto, nykyinen Suomen Luustoliitto haki kuntia yhteistyöhön suunnittelemaan ja kehittämään osteoporoosipotilaan avomuotista kuntoutuskurssia ASKO-hankkeeseen (Avomuotoinen sopeutumisvalmennuskurssi osteoporoosikuntoutujille). Lahden sosiaali- ja terveystoimiala, liikuntapalvelut ja Wellamo-opisto tekivät yhteistyösopimuksen ASKO-hankkeen kanssa syksyllä 2011. Toimin Lahden kaupungin taholta koordinaattorina ja yhteyshenkilönä ASKO-hankkeessa. Osallistuin Luustoliiton kokoaman moniammatillisen ASKO-suunnittelutyöryhmän työskentelyyn, suunnittelin työparin kanssa kurssille luustokuntoutujan terveysliikuntaluennon sekä yhteistyössä ASKO-hankkeen projektikoordinaattorin kanssa kurssipäivien aikataulutuksen, toimintakykytestit sekä kurssipäivien aikataulutuksen. Vuosien 2011–2012

aikana suunniteltiin ja vuoden 2012 aikana pilotoitiin Lahdessa kaksi ASKO-kurssia yhteistyössä Suomen Luustoliiton kanssa. Koordinoin näiden Lahdessa pilotoitujen kurssien toimintaa.

ASKO-kurssilaisilta saatu sekä suullinen että kirjallinen palaute oli erittäin positiivista, mutta luustokuntoutujat nostivat esiin tarpeen saada tietoa sairaudesta ja omahoidon kulmakivistä mahdollisimman pian osteoporoosi- tai osteopenia -diagnoosin saatuaan. Toisaalta kaikki eivät tarvitse laajaa kuntoutuskurssia, vaan voivat saada tarvitsemansa tiedon tiiviimmästä, lyhemmästä tietopaketista. Niinpä suunnittelimme ASKO-kurssin sisällöstä tiivistetyn kertaluotoisesti pidettävän kolme tuntia kestävän Luustoinfon juuri osteoporoosi- tai osteopenia diagnoosin saaneille luustokuntoutujille. Ensimmäiset Luustoinfot pidettiin keväällä ja syksyllä 2012. Vastasin niiden koordinoinnista yhteistyössä ASKO-hankkeen projektipäällikön kanssa. Irrallisina osina kehitetyt toiminnot eivät palvelleet asiakkaiden tarpeita parhaalla mahdollisella tavalla, koska osteoporoosin riskissä olevia asiakkaita ei tunnistettu, asiakkaat ohjautuivat sattumanvaraisesti palvelujen piiriin ja palvelusta toiseen. Myöskään tehtävien jaosta ei ollut selkeää sopimusta. Hoidon seuranta ja asiakkaan tilanteen uudelleen arviointi oli myös sattumanvaraista.

Tämä toimintatutkimuksellinen kehittämishanke on siis jatkoa jo toteutetulle osteoporoosipotilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvälle kehittämistoiminnalle. Hankkeen suunnittelu käynnistyi keväällä 2013, kun tarve jatkokehittämiseksi oli todettu. Tavoitteiksi asetettiin saumattoman hoito- ja kuntoutusmallin suunnittelu sekä malliin sisältyvien toimintaprosessien edelleen kehittäminen ja mallintaminen. Toimintamallin ja prosessikuvausten avulla pyritään varmistamaan, että riskiasiakkaat tunnistetaan ja heidät osataan ohjata tarkoituksenmukaisen toimintaprosessin palveluiden piiriin, jolloin asiakkaat saavat tarkoituksenmukaista, laadukasta ja tasalaatuista palvelua eri toimintayksiköissä. Prosessikuvausten avulla toiminnan kulkua voidaan myös arvioida, tunnistaa koulutus- ja kehittämistarpeita sekä perehdyttää uusia työntekijöitä.

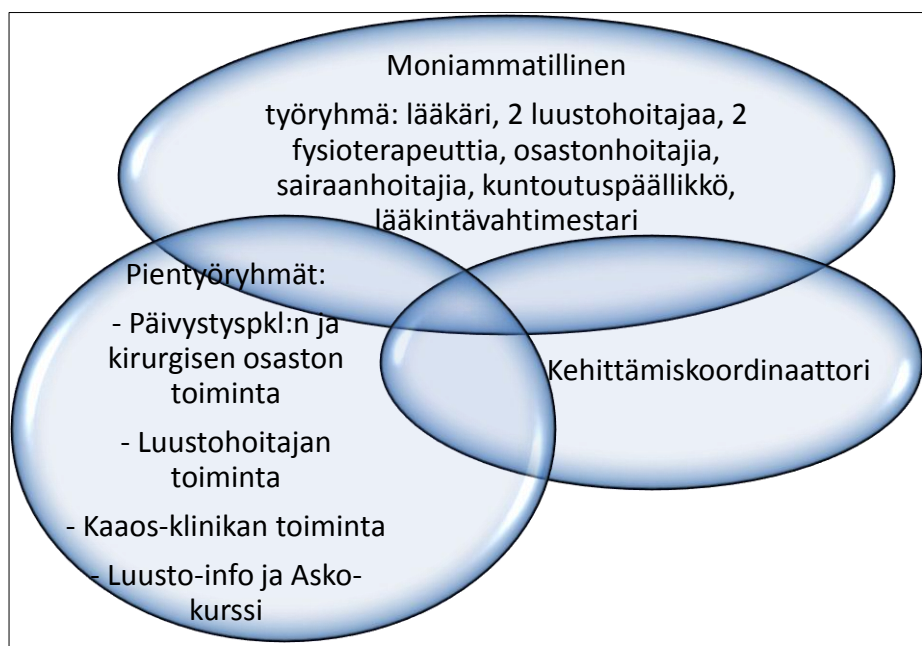
Esimieheni oli tietoinen opintojeni edistymisestä, niihin liittyvästä opinnäytetyöstä ja kehittämishankkeesta, joihin hän myös osallistui aktiivisesti. Alustavan kehittämishankkeen suunnitelman laadin opiskeluihin liittyvään suunnitelmaseminaariin, jonka esimieheni hyväksyi. Kehittämishankkeen suunnitelma esiteltiin myös Lahden kaupungin Sosiaali- ja terveystoimialan laajennetulle johtoryhmälle, jossa se hyväksyttiin. Suunnitelmaseminaarissa saadun palautteen pohjalta suunnitelma tarkentui ja sitä hiottiin ja tarkennettiin kehittämistyöryhmän kehittämisiltapäivässä.

Suunnitteluvaiheeseen vuoden 2013 kevään aikana perehdyin syvemmin aiheen tietoperustaan sekä Lahden kaupungin prosessien mallinnukseen liittyviin linjauksiin, ohjeisiin ja käytössä olevaan IMS -prosessien mallinuskäytäntöön. Lähdemateriaaliin, tietoperustaan ja prosessien kuvantamiseen tutustumalla rakensin tietoperustaa hankkeen etenemiselle.

5.3 Toiminta ja havainnointi

Tässä kehittämishankkeessa kehittämistyötä tehtiin yhdessä moniammatillisen kehittämistyöryhmän kanssa. Työryhmämallissa toimintaan kootaan paras mahdollinen monipuolinen asiantuntemus ja ryhmälle annetaan tehtäväksi etsiä ratkaisu kehittämistehtävään (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 101). Kehittämistyöryhmän jäseniä olivat lääkäri, kaksi osastonhoitajaa, päivystyspoliklinikan lääkintävahtimestari, kaksi luustohoitajaa sekä kuntoutuspäällikkö ja kaksi fysioterapeuttia. Osa kehittämistyöstä tehtiin pientyöryhmissä, joissa oli 2-5 jäsentä. Niissä kehitettiin toimintamalliin sisältyviä yksittäisiä toimintaprosessin vaiheita. Pientyöryhmiin nimettiin ammattilaisia, joiden tekemää työtä kehittäminen konkreettisesti koski. Pientyöryhmiä olivat kirurgisen osaston ja päivystyspoliklinikan työryhmät (osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tunnistamisen), Luustohoitajan toimintaprosessin kehittämisryhmä, Kaaos-klinikan toimintaprosessin kehittämisryhmä sekä Luustoinfon ja ASKO-kurssin kehittämistyöryhmä. Luustoinfon ja ASKO-kurssin toiminnan suunnittelua ja kehittämistä koordinoi Luustoliiton ASKO-hankkeen projektipäällikkö, jonka kanssa teimme tiivistä yhteistyötä. Kahteen laajempaan työkonferenssiin, joita kutsun tässä

työssä työpajoiksi, kutsuttiin laajennettu moniammatillinen kehittämistyöryhmä. Toimin ryhmissä paitsi kehittämiskoordinaattorina, myös fysioterapeuttina ja luustoasiantuntijana. Kehittämishankkeen työpajat ja pientyöryhmät on kuvattu seuraavassa kuviossa (kuvio 9).



KUVIO 9. Kehittämishankkeen työpajojen työryhmät

Moniammatillinen kehittämistyöryhmä kokoontui tämän kehittämishankkeen aikana kaksi kertaa. Tapaamisten välillä työtä tehtiin pientyöryhmissä.

5.4 Toiminta ja reflektointi

Kehittämiskoordinaattorina kutsuin kehittämistyöryhmät kokoon, suunnitelin tapaamisten teemat, alustin ryhmäkeskustelut ja toimin ryhmäkeskusteluiden vetäjänä. Keskustelun aikana keräsin aineistoa osallistuvan havainnoinnin menetelmällä ja dokumentoin pääkohdat käydyistä keskusteluista,

suunnitelmista ja tehdyistä päätöksistä. Käsitellyistä asioista ja päätöksistä kirjoitin muistiot.

Tuomen ja Saarijärven (2011, 81–82) mukaan osallistuvassa havainnoinnissa tutkija tai kehittämiskoordinaattori toimii aktiivisesti vuorovaikutuksessa keskusteluun osallistujien kanssa. Tällöin tutkimus tai kehittämisshanke on mahdollisimman lähellä toimintatutkimuksen näkökulmaa. Ryhmäkeskustelussa osallistuvan havainnoinnin tavoitteet ovat tässä kehittämishankkeessa lähellä ryhmähaastattelun tavoitteita: suhteellisen vapaamuotoinen, mutta asiassa pysyvä keskustelu tutkijan haluamasta aiheesta ja teemoista. Tutkija saattaa keskustelun alkuun ja keskustelun edetessä havainnoi ja tekee muistiinpanoja. Ryhmähaastattelun etuna on ryhmässä syntyvä keskustelu, jonka avulla saadaan enemmän tietoa samalla kun ryhmäläiset myös tukevat ja innostavat usein toisiaan.

1. Moniammatillisen kehittämistyöryhmän kehittämisiltapäivä/työpaja järjestettiin 16.6.2013. Kehittämisiltapäivään osallistuivat lääkäri, kaksi luustohoitajaa, osastonhoitaja, kuntoutuspäällikkö ja fysioterapeutti.

Hankekoordinaattorina esittelin kehittämishankkeen alustavan suunnitelman, tavoitteet ja alustavan aikataulun, jotka tarkentuivat työskentelyn edetessä. Kävimme keskustellen läpi systemaattisesti kaikki toiminnassa olevat osteoporoosipotilaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmalliin sisältyvät prosessit, joita olivat Osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tunnistaminen, Luustohoitajien vastaanottotoiminta, Kaaos-klinikan toiminta, Luustoinfo – ryhmä sekä Avomuotoisen sopeutumisvalmennuskurssi, ASKOn toiminta. Reflektoivassa keskustelussa kävimme läpi muun muassa seuraavia prosessin vaiheita: riskiasiakkaiden tunnistaminen, ohjautuminen palvelujen piiriin ja palvelusta toiseen, asiakasmääriä, jonotusaikoja, läpimenoaikoja, asiakaspalautteita ja työntekijöiden kokemuksia sekä arvioitiin kunkin prosessin sujuvuutta ja kehittämistarpeita. Luusto-infon ja ASKO-kurssin arvioinnin tueksi esittelin Luustoinfo-ryhmästä kerättyjen asiakaspalautteiden tuloksia sekä ASKO-kurssin ulkoisen arvioinnin tuloksia ja kehittämisehdotuksia (Juntunen, Linnolahti & Pitkänen 2013.)

Totesimme, että sekä luustohoitajien että Kaaos-klinikan vastaanotoille ohjautuu asiakkaita sattumanvaraisesti. Potilastietojärjestelmästä poimittujen tyypillisten osteoporoottisten murtumien määrää seurattiin kolmen kuukauden ajan vuonna 2012, jolloin niitä todettiin 120–170 kuukaudessa. Hyvään pienienenergisien murtuman (syntynyt kaatumalla tai alle metrin korkeudesta putoamalla) hoitoon kuuluu akuuttivaiheen hoidon jälkeen murtuman syyn selvittäminen, johon kuuluu olennaisena osana luuston kunnon arviointi (Osteoporoosipotilaan Käypä hoito – suositus 2014, 6, 11). Luustohoitajien ja Kaaos-klinikan vastaanotoille näitä riskiasiakkaita ohjautui yhteensä keskimäärin vain 15–20 kuukaudessa. Lääkärit käynnistävät osteoporoositutkimuksia omilla vastaanotoillaan, mutta sattumanvaraisesti. Päädyimme keskustelussa siihen, että osteoporoosin riskissä olevia asiakkaita ei tunnisteta eikä osata ohjata jatkotutkimuksiin esimerkiksi luunmurtuman akuuttivaiheen hoidon jälkeen. Tästä nousi yksi keskeinen kehittämisalue: osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tunnistaminen ja oikean palveluprosessin piiriin ohjautuminen.

Sovimme, että Osteoporoosin Käypä hoito – suositusten mukaisesti erityistä huomiota kiinnitetään lonkka- tai nikamamurtuman saaneiden asiakkaiden osteoporoosin riskin arvioimiseen ja tutkimiseen sekä asiakkaisiin, jotka ovat saaneet uusintamurtuman. Myös muut asiakkaat, jotka ovat saaneet pienienenergisien murtuman, pituuden lyhentymä on 5cm tai enemmän sekä asiakkaat, jotka saavat osteoporoosin riskitestissä kohtalaiset tai korkeat riskipisteet, tulee ohjata jatkotutkimuksiin tai käynnistää ne omalla vastaanotolla.

Osteoporoosin riskin arvioimiseksi Lahdessa ja Päijät-Hämeen sairaanhoidopiirissä on yleisesti käytössä MOI-indeksi (Mikkelin osteoporoosi-indeksi), jonka avulla voidaan laskea osteoporoosin riskipisteet ja arvioida jatkotutkimusten tarpeellisuutta. Yhtenä kehittämistoimenpiteenä päätettiin tehostaa testin tunnettavuutta ja käyttöä eri yksiköissä osteoporoosin riskiasiakkaiden tunnistamiseksi. Sovimme, että testi laitetaan Pegasos -potilastietojärjestelmään sähköiseen muotoon muiden käytössä olevien testien

joukkoon. Luustohoitajat käyvät omien terveysasemiensa henkilöstön koukuksissa testin läpi ja suosittavat sen tekemistä riskiasiakkaille.

Osteoporoosin riskissä olevia asiakkaita on hoidettavana eri syistä kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä ja siksi kaikkien ammattilaisten osaamista tulee kehittää. Erityisen runsaasti näitä asiakkaita on oletettavasti päivystyspoliklinikalla ja Kirurgisella kuntoutusosastolla. Päivystyspoliklinikalla hoidetaan pienemmät murtumat, kipsin poistot ja jälkitarkastukset. Kirurgisella kuntoutusosastolla, on runsaasti matalaenergisien murtuman saaneita asiakkaita kuntoutumassa esimerkiksi nikama- tai lantiomurtumien jälkeen sekä Päijät-Hämeen keskussairaalassa operoitujen lonkka- tai muiden murtumien jälkeen. Näiden yksiköiden kanssa päätettiin erityisesti kehittää riskiasiakkaiden tunnistamista ja jatkotutkimuksiin ohjaamista.

Sekä Luustohoitajien että Kaaos-klinikan toimintaprosessit ovat vakiintuneet ja toimivat pääpiirteittäin hyvin, mutta niiden toimintaprosesseja päätettiin kehittää edelleen pientyöryhmissä. Samalla näiden työryhmien tehtäväksi jäi miettiä ohjeistus siitä, milloin riskiasiakas ohjataan Kaaos-klinikalle, milloin Luustohoitajan vastaanotolle tai milloin hoitovastuussa oleva lääkäri käynnistää tutkimusprosessin. Mietittäväksi jäi myös osteopenia- tai osteoporoosi diagnoosin saaneiden asiakkaiden ohjautuminen Luustoon ja edelleen tarvittaessa ASKO-kurssille sekä yhteistyön edelleen kehittäminen Päijät-Hämeen osteoporoosiyhdistyksen ja Luustoliiton kanssa.

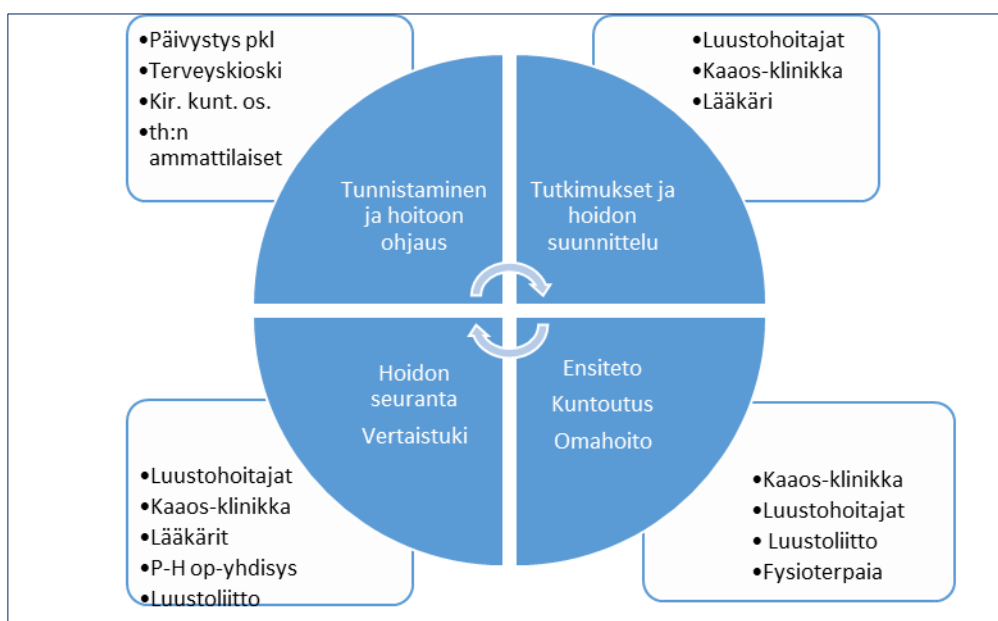
Kehittämisisiltapäivässä kehittämiskohteiksi valittiin:

- Osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tunnistaminen ja heidän tutkimuksiin ja hoitoon ohjautuminen. Kootaan pientyöryhmät päivystyspoliklinikan ja kirurgisen kuntoutusosaston kanssa ensivaiheen kehittämistyöhön.

-Palveluista tiedottamisen tehostaminen sekä henkilökunnalle että kaupunkilaisille. Tiedottamisen ja toiminnan tueksi päivitetään olemassa olevat esitteet ja tehdään vielä puuttuvat esitteet Luusto-infosta ja Asko-kurssista yhteistyössä Luustoliiton kanssa. Tiedotetaan toiminnoista ja tarjolla olevista palveluista omien työyksiköiden kokouksissa.

-Sujuvan ja saumattoman hoito- ja kuntoutusmallin suunnittelu, jonka vaiheita ovat: riskiasiakkaan tunnistaminen, oikeaan tutkimus- ja hoitoprosessiin ohjautuminen, Luustoinfoon ja tarvittaessa ASKO-kurssille ohjautuminen, vertaistuen mahdollisuudesta tiedottaminen ja hoidon seurannan suunnittelu.

Seuraavaan kuvion (kuvio 10) keskiöön koottiin asiakkaan hoitopolun vaiheet: riskiasiakkaan tunnistaminen ja hoitoon ohjaus, tarvittavat tutkimukset ja hoidon suunnittelu, ensitiedon saaminen omahoidon tueksi sekä kuntoutus sekä hoidon seuranta ja vertaistuen saaminen. Asiakkaan hoitopolun eri vaiheisiin on liitetty eri toimijoiden vastuualueet, joita pientyöryhmissä kehitettiin ja joiden toteuttamisesta he arjen toiminnassa vastaavat.



KUVIO 10. Osteoporoosipotilaan hoitopolun vaiheet ja eri toimijoiden vastuut sen eri vaiheissa (Salomaa 2013).

Kehittämistyötä suunniteltiin ja tehtiin syksyn 2013 ja kevään 2014 välisenä aikana pientyöryhmissä, jotka hankekoordinaattorina kutsuin koolle. Tekemällä osa kehittämistyöstä pienryhmissä helpotettiin aikataulujen yhteensovittamista, säästettiin henkilöstöresursseja ja saatiin kuhunkin kehitettävään toimintaprosessiin tarvittava ammatillinen asiantuntemus ja kokemus käyttöön. Hankekoordinaattorina ja asiantuntijana kutsuin työryhmät kokoon, suunnittelin asialistan ja osallistuin pienryhmien työskentelyyn. Osa pientyöryhmien jäsenistä oli kehittämistyöryhmän ulkopuolisia henkilöitä, jotka olivat kehitettävän toiminnan asiantuntijoita omissa toimintayksiköissään. Pientyöryhmien tapaamisissa kirjasin keskeiset käsitellyt asiat ja kirjoitin muistiot.

Kirurgisella kuntoutusosastolla L41 pientyöryhmän kehittämistyön tavoitteena oli kehittää osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tunnistamista ja hoitoon ohjautumista. Työ aloitettiin 13.6.2013 pientyöryhmässä, johon kuului osastonhoitaja, kuntoutuspäällikkö sekä kehittämiskoordinaattori Kaaos-klinikan edustajana. Totesimme kehittämistyön tarpeen ja sovimme yhteistyön aloittamisesta. Sovimme osallistumisestani hoitajien osastotunnille 23.7.2013, jossa pidin luennon osteoporoosista ja esittelin Osteoporoosipotilaan Käypä hoito -suositukset. Keskustelussa totesimme, että suuri osa osaston potilaista on saanut matalaenergisen murtuman ja ovat siten osteoporoosin riskissä olevia potilaita. Mitään systemaattista tapaa arvioida potilaiden osteoporoosin riskiä ei ollut käytössä. Kävimme läpi osteoporoosin MOI-riskitestin tekemisen ja sen perusteella riskin ja jatkotutkimusten tarpeen arvioinnin. Sovimme siitä, että hoitajat ottavat testin käyttöön ja sihteerit kirjaa testin tulokset potilaan sähköiseen hoitokertomukseen. Testikaavake viedään tiedoksi osaston lääkärille.

Pidimme pienryhmätapaamisen myös osastonhoitajan ja osaston lääkärin kanssa ja kävimme läpi osteoporoosin riskissä olevien asiakkaiden tunnistamiseen, tutkimuksiin ja hoitoon liittyviä asioita. Päädyimme siihen, että riskitesti tehdään jatkossa kaikille osaston asiakkaille, joilla on ollut matala-energinen murtuma. Lääkäri huomioi riskitestin tulokset hoitosuunnitelmaa tehdessään. Harkinnan mukaan lääkäri voi tehdä diagnoosin ja aloittaa

hoidon jo potilaan osastolla ollessa. Vaihtoehtoisesti potilas voidaan ohjata kotiutumisen ja akuuttivaiheen jälkeen luustohoitajan vastaanotolle luuston kunnon kartoitukseen tai ohjata moniongelmaiset asiakkaat Kaaos-klinikalle laaja-alaiseen kokonaisvaltaiseen arviointiin.

Keväällä 2014 osallistuin uudelleen Kirurgisen kuntoutusosaston hoitajien osastokokoukseen, jossa keskustelimme riskipotilaiden tunnistamisesta, kertasimme vielä riskitestin tekemisen niin, että kaikki osaavat tehdä testin ohjeiden mukaan ja testistä saadaan siten mahdollisimman luotettava tulos. Kävimme läpi myös testin tekemisen sähköisen Pegasos-potilastietojärjestelmään syötetyn ohjelman avulla, jolloin koko testi ja sen eri osiot tallentuvat asiakkaan potilastietoihin ja ovat nähtävissä myöhemminkin. Testi oli otettu osittain osastolla käyttöön ja se tehtiin useimmille riskipotilaille. Hoitajat totesivat, että potilaat ovat useimmiten iäkkäitä, moniongelmaisia ja he saavat useimmiten kohtalaisen tai korkean osteoporoosin riskin pisteitä. Testin tekemistä vaikeutti usein asiakkaan huono muisti, jolloin asioita oli jouduttu kysymään omaisilta. Myös pituuden mittaaminen koettiin usein hankalaksi erityisesti lonkkamurtumapotilailla. Totesimme, että osteoporoosin riskin arviointi on tärkeää pienienergisien murtuman jälkeen. Tarkensimme vielä kriteereitä, joilla asiakkaita ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin joko Luustohoitajan vastaanotolle tai Kaaos-klinikalle.

Marraskuussa 2014 kävimme vielä osastonhoitajan kanssa läpi murtumapotilaan osteoporoosin riskin arviointia. Osastonhoitaja sopi osastonlääkärin kanssa, että kohtalaisen tai korkean riskin asiakkailta otetaan osastojakson aikana luustolaboratoriotutkimukset, joiden avulla voidaan arvioida sekundaarisen osteoporoosin riskiä ja määrittää muun muassa D-vitamiinin ja kalsiumlisän tarve yksilöllisesti.

Päivystyspoliklinikan jälkipoliklinikan osastonhoitajan ja lääkintävahtimestarin kanssa pidimme 24.7.2013 pienryhmän tapaamisen matalaenergisien murtuman saaneiden asiakkaiden osteoporoosin riskin arvioinnista ja jatkotutkimuksiin ohjaamisesta. He totesivat, että työ poliklinikalla on kiireistä,

eivätkä he ehdi tehdä MOI-riskiarviointia asiakkailleen. Sovimme, että lääkintävahtimestari kipsiä poistaessaan kertoo asiakkaalle luuston kunnon arvioinnista osana murtuman hyvää hoitoa ja ohjaa hyvän liikunta- ja toimintakyvyn omaavat asiakkaat luustohoitajan vastaanotolle. Moniongelmaiset, liikunta- ja toimintakyvyltään heikentyneet asiakkaat ohjataan Kaaos-klinikalle laaja-alaisempaan kartoitukseen. Asiakkaalle annetaan jälkipoliklinikalla esite, jossa jatkotutkimusten tarpeesta kerrotaan ja asiakas itse ilmoittautuu palvelun piiriin. Poikkeuksena vanhusasiakkaat, joilla saattaa olla muistamisen tai ymmärtämisen ongelmia. Heidät lääkintävahtimestari laittaa asiakkaan suostumuksen saatuaan Kaaos-klinikan jonoon Pegasos-potilastietojärjestelmään. Sovimme myös esitteiden päivittämisestä.

Terveyskioskilla järjestimme Luustoterveyden ja kaatumisten ehkäisyn teemapäivän, jolloin asiakkailla oli mahdollisuus saada tietoa luustoterveyden edistämisestä, osteoporoosista ja sen hoidosta sekä tehdä MOI-osteoporoosin riskitesti. Päivän aikana oli tarkoitus keskustella henkilökunnan kanssa riskiasiakkaiden tunnistamisesta, riskin arvioinnista ja hoitoon ohjaamisesta sekä esitellä Luustoinfon ja Asko-kurssin toimintaa ja lähettämiskäytänteitä. Päivä oli kuitenkin niin kiireinen, ettemme löytäneet yhteistä keskusteluaikaa. Kävin kuitenkin keskusteluja yksittäisten työntekijöiden kanssa ja jätin heille esitteitä tarjolla olevista palveluista. Päätimme varata myöhemmin ajan pienryhmätyöskentelyä varten Terveyskioskin aukioloajan ulkopuolella.

Luustohoitajien pientyöryhmä kokoontui 10.9.2013 Kaaos-klinikalla. Läsnä oli neljä luustohoitajaa viidestä. Tavoitteena oli arvioida asiakkaiden hoitoon ohjautumista ja toimintaprosessin sujuvuutta sekä kehittämistarpeita. Kävimme reflektoivaa keskustelua luustohoitajien toimintaprosessista. Luustohoitajat totesivat, että edelleen heille ohjautuu harvakseltaan asiakkaita tutkimuksiin (1-3 asiakasta kuukaudessa kullakin alueella). Luustohoitajat olivat kuitenkin itse tunnistaneeet riskiasiakkaita muista syistä vastaanotollaan käyneistä asiakkaistaan ja käynnistäneet osteoporoositutki-

mukset heidän kohdallaan. Suunniteltu luustohoitajien osteoporoosipotilaan tutkimus- ja hoitoprosessi toteutuu kaikilla terveysasemilla saman sisältöisenä, joten palvelu on terveysasemilla tasalaatuista. Päätimme tehdä prosessin sujuvoittamiseksi kokemusten pohjalta vielä parannuksia toimintaprosessiin ja siten prosessikuvaukseen. Kävimme läpi uusia asiakkaille tarkoitettuja luustoterveyteen liittyviä terveystasvatusmateriaaleja ja valitsimme käyttöön otettavat materiaalit. Ongelmaksi luustohoitajat kokivat työyksiköissään jatkuvasti vaihtuvat lääkärit, jolloin pysyvää osteoporoosin hoitoprosessiin erityisesti perehtynyttä lääkäriä oli vaikeaa löytää työpariksi. Tilanteeseen emme keksineet ratkaisua, koska ongelma on terveysasemilla yleinen, emmekä itse voi siihen vaikuttaa. Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten osaamista luustoterveyden edistämässä on syytä lisätä ja päätimmekin, että järjestämme sopivana ajankohtana moniammatillisen koulutusiltapäivän. Jatkokehittämistä luustohoitajien kanssa tehtiin sähköpostikeskusteluiden ja puhelinsoittojen avulla.

Luustoinfon ja ASKO-kurssin pientyöryhmään kuului lisäksi Luustoliiton projektipäällikkö, jonka kanssa kävimme keskusteluja toiminnan kehittämistä lähes viikoittain. Yhteydenpito tapahtui sähköpostin, puhelinkeskusteluiden ja tapaamisten muodossa. Yhteistyöpalavereita käytiin myös Eksoten eli Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden murtumahoitajan kanssa. Hän toimi koordinaattorina Eksotessa, jossa pilotoitiin Luustoliiton kanssa yhteistyössä kehittämämme ASKO-kurssi ja Luustoinfo. Reflektivat keskusteluja käytiin ja kehittämistyötä tehtiin luentoja ja Power Point –esitysten sisällöistä, kurssilaisille jaettavista materiaaleista ja toimintamallin kehittämistä. Luustoinfosta ja ASKO-kurssista tehtiin myös esitteet. Kehittämistyön tueksi saimme tietoa myös 6.3.2014 valmistuneesta Kuntoutussäätiön tekemästä Ulkoisen arvioinnin loppuraportista (Juntunen ym. 2013). Keskusteluja yhteistyön ja toiminnan edelleen kehittämistä on käyty myös Luustoliittoon kuuluvan paikallisen Päijät-Hämeen osteoporoosiyhdistyksen kanssa.

Luustoliitto on jo ASKO-hankkeen alkaessa koonnut moniammatillisen kehittämistyöryhmän kurssimateriaalin suunnittelua varten ja ohjausryhmän

suunnittelemaan kehittämistyötä ja sen jalkauttamista kuntiin. Nämä työryhmät ovat kokoontuneet puolivuositain ASKO-hankkeen projektipäällikön johdolla. Hankekoordinaattorina olen osallistunut aktiivisesti ASKO - kehittämistyöryhmän työskentelyyn. Olemme vieneet työryhmiin tietoa käytännön kokemuksistamme toiminnasta, materiaalien sisällöistä ja kehittämistarpeista. Ryhmät ovat suunnitelleet ja kehittäneet jatkuvasti toimintaa ja materiaalin sisältöä toimintatutkimuksen mallin mukaisesti.

5.5 Reflektointi ja uusi parempi suunnitelma

Toinen moniammatillisen kehittämistyöryhmän työpaja/kehittämisisiltapäivä pidettiin toukokuussa 2014. Kehittämistyöryhmän lisäksi kehittämisiltapäivään kutsuttiin eri osaprosessien pientyöryhmissä työskennelleet henkilöt sekä eri alojen ammattilaisia ja esimiehiä heidän työyksiköistään sekä potilasjärjestön edustajia. Kehittämisiltapäivän työpajaan osallistui Lahden vanhustenpalveluiden ja kuntoutuksen kuntoutuspäällikkö, Lahden kaupunginsairaalan fysioterapiaosaston osastohoitaja, Kirurgisen kuntoutusosaston apulaisosastohoitaja sekä kaksi sairaanhoitajaa ja kaksi fysioterapeuttia, kaksi Kaaos-klinikan fysioterapeuttia, kaksi reuma- ja luustohoitajaa, sairaanhoitajaopiskelija, Suomen Luustoliiton ASKO-hankkeen projektipäällikkö sekä Päijät-Hämeen Osteoporoosiyhdistyksen hallituksen jäsen.

Kehittämisiltapäivän alustukseksi kävin läpi lyhyesti osteoporoosin hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää teoriaa sekä prosesseihin ja niiden mallintamiseen liittyvää teoriaa. Pienryhmät esittelivät reflektoiden kehittämistyön tuloksia, jotka oli otettu jo käytännön toimintaan kokeiltavaksi sekä kertoivat yleisesti omien toimintayksiköidensä sen hetkisestä toiminnasta osana osteoporoosipotilaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusprosessia.

Toiminnan ja toimintamallin reflektointia ja jatkokehittämistarpeita haettiin ideakävelyn (Open space) avulla. Ideakävely on menetelmä, joka sopii työmenetelmäksi suurehkojen ryhmien kanssa ideoimiseen. Välineiksi tarvitaan suuri tila, fläppipaperia, teippiä ja kyniä. Ryhmän jäsenille kerrotaan

arvioinnin ja kehittämisen kohteena olevat asiat. Seinille on kiinnitetty jokaiselle kehittämiskohteelle nimetyt fläppipaperit, jotka on jaettu kahtia. Resurssien salliessa jokaiselle fläppipaperille voidaan nimetä kirjuri ja innostaja, joka itsekkin osallistuu ideointiin. Ryhmän jäsenet kulkevat pienryhmissä fläpiltä toiselle ja kirjoittavat ensimmäisellä kierroksella toiminnassa esiin nousseita puutteita, esteitä, ongelmia ja kehittämiskohteita fläpin vasemmanpuoleiseen tilaan. Jokainen ryhmä käy jokaisen fläpin luona. Kun ongelmat ja kehittämistarpeet on kirjattu, ryhmä tekee uuden kävelykierroksen. Toisella kierroksella haetaan ratkaisuja ja kehittämisehdotuksia havaittuihin kehittämistarpeisiin, jotka kirjataan fläpin oikealle puolelle. Liikuminen helpottaa ideointia ja toisten kirjoittamat ideat antavat lähtökohtia uusille ideoille ja ratkaisuille. Kävelyiden jälkeen jokaisen fläppipaperin sisältö käydään läpi: kirjatut ongelmat ja ehdotetut ratkaisut, jonka jälkeen käydään vapaa keskustelu ja valitaan kehittämiskohteet ja –tavat. (eOsmo 2011)

Arvioinnin ja kehittämisen kohteet oli nimetty osaprosessien mukaisesti: riskiasiakkaan tunnistaminen, lääkärin -, luustohoitajan -, Kaaos-klinikan, Luusto-infon ja ASKO-kurssin toimintaprosessit sekä asiakkaan ohjautuminen kustakin osaprosessista seuraavaan. Ideakävelyssä kullekin osaprosessille oli nimetty oma fläppi, joka oli jaettu kahtia. Ensimmäisessä vaiheessa vasemmalle puolelle paperia kerättiin havaittuja ongelmia ja puutteita toimintaprosesseissa, asiakkaan eteenpäin ohjautumisessa, terveyden seurannassa, luento- ja terveystasvatusmateriaaleissa sekä esitteissä. Toisessa vaiheessa havaituille ongelmille haettiin ratkaisuja, jotka kirjattiin fläpin oikealle puolelle. Ideakävelyn lopuksi kaikkien vaiheiden kirjatut ongelmat ja kehittämisehdotukset käytiin läpi keskustellen ja sovittiin kehittämisen jatkotoimenpiteet sekä niistä vastaavat henkilöt. Tehdyt päätökset kirjattiin.

Kehittämiskohteiksi valittiin:

- Osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tunnistaminen ja hoito/hoitoon ohjautuminen kaikista Sosiaali- ja terveystoimialan yksiköistä. Nyt riskiasiakkaita tunnistetaan ja ohjataan jatkotutkimuksiin erityisesti Päivystyspoliklinikan jälkipoliklinikalta ja Kirurgiselta kuntoutusosastolta. Yhteistyötä kehitetään erityisesti Terveyskioskin, Työterveys Wellamon ja Päijät-Hämeen keskussairaalan kanssa
- Osteopenia- ja osteoporoosipotilaalle tehdään ja kirjataan diagnoosin teon yhteydessä hoitosuunnitelma, joka sisältää suunnitelman luustoterveiden seurannasta, koska kyseessä on pitkäaikaissairaus.
- Suunnitellut luustokuntoutujien seurantatutkimukset toteutetaan luustohoitajien vastaanotolla asiakkaan terveyspalveluista vastaavassa yksikössä.
- Kaaos-klinikka muuttaa Geriatriseen keskukseseen, joten toimintaprosessi yhteen sovitetaan Geriatriksen keskuksen toimintaprosessien kanssa
- Luustoinfon ja ASKO-kurssin sisältöä tiivistetään.
- ASKO-kurssille hakeutumisen kriteerejä ja tapoja kehitetään edelleen.
- Tiedottamista tehostetaan: esitteet päivitetään, tietoa palveluista laitetaan intranettiin ja internettiin sekä terveydenhuollon eri toimipisteisiin. Toimintamallista ja palveluprosesseista tiedotetaan eri yksiköiden kokouksissa.
- Tehostetaan tiedottamista Luustoinfosta ja ASKO-kurssista sekä Lahden terveyskeskuksen toimijoille että yhteistyökumppaneille, joita ovat muun muassa Päijät-Hämeen osteoporoosiyhdistys, työterveysasemat ja Päijät-Hämeen keskussairaala. Lahtelaiset osteopenia- ja osteoporoosipotilaat voivat ohjautua tai itse ilmoittautua Luusto-infoon saatuaan osteopenia- tai osteoporoosidiagnoosin mistä tahansa terveydenhuollon yksiköstä.

- Esillä olleita uudistuneita maksuttomia terveyskasvatusmateriaaleja ”Löytöretki luustoterveyteen” ja ”Turvallisia vuosia – tapaturmien ehkäisyn opas”, pidettiin hyvinä. Kyseiset materiaalit laitetaan esille ja jakoon kaikkiin terveydenhuollon ja vanhustenpalveluiden yksiköihin ja jaetaan erityisesti riskiasiakkaille vastaanottotoiminnan yhteydessä.

- Osallistuminen sairaalan lääkäreiden viikkokokoukseen, jossa nostetaan esiin tietoisuutta osteoporoosin riskeistä, arvioinnista ja hoidosta, jotka jäävät usein huomaamatta hoidettaessa potilaiden muita akuutteja sairauksia.

- Osaamisen lisääminen ja tiedottaminen: järjestetään kaksi saman sisältöistä moniammatillista Osteoporoosi -koulutusiltaa Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille ja yhteistyökumppaneille. Sisältönä: uusiutuneet Osteoporoosin Käypä hoito-suositukset 2014, luuntiheysmittaukset ja tulosten tulkinta, osteoporoosin riskitestit MOI ja FRAX sekä Lahden Osteoporoosipotilaan hoito- ja kuntoutusmallin sekä siihen sisältyvien toimintaprosessien esittely.

Vilkkaan keskustelun päätteeksi arvioimme vielä alustavaa laatimaani suunnitelmaa Osteoporoosipotilaan tutkimus- hoito- ja kuntoutusmallista ja täydensimme sitä. Tehtäväkseni hankekoordinaattorina tuli muun muassa mallin kuvantaminen ja prosessikuvausten päivittäminen tai laatiminen, esitteiden päivittäminen, lääkäripalaverissa tiedottaminen sekä moniammatillisen osteoporoosikoulutuksen organisointi ja tiedottaminen Sosiaali- ja terveystoimialan -sekä yhteistyökumppaneiden henkilökunnalle.

5.6 Moniammatilliset osteoporoosikoulutukset ja juurruttaminen

Syksyn 2014 aikana suunnittelin ja organisoin kaksi saman sisältöistä Osteoporoosikoulutusta Sosiaali- ja terveysalan henkilökunnalle. Koulutukseen kutsuttiin Lahden sosiaali- ja terveystoimialan ammattilaisten lisäksi yhteistyökumppaneita, jotka tarjoavat terveystoimintaa lahtelaisille. Näitä tahoja ovat muun muassa Päijät-Hämeen keskussairaalan Kirurgian- ja Reumapoliklinikka, Kirurgian osasto ja päivystyspoliklinikka, Fysiatrian

osasto, Työterveysasema Wellamo sekä Lääkärikeskuksista Suomen Terveystalo ja Mehiläinen.

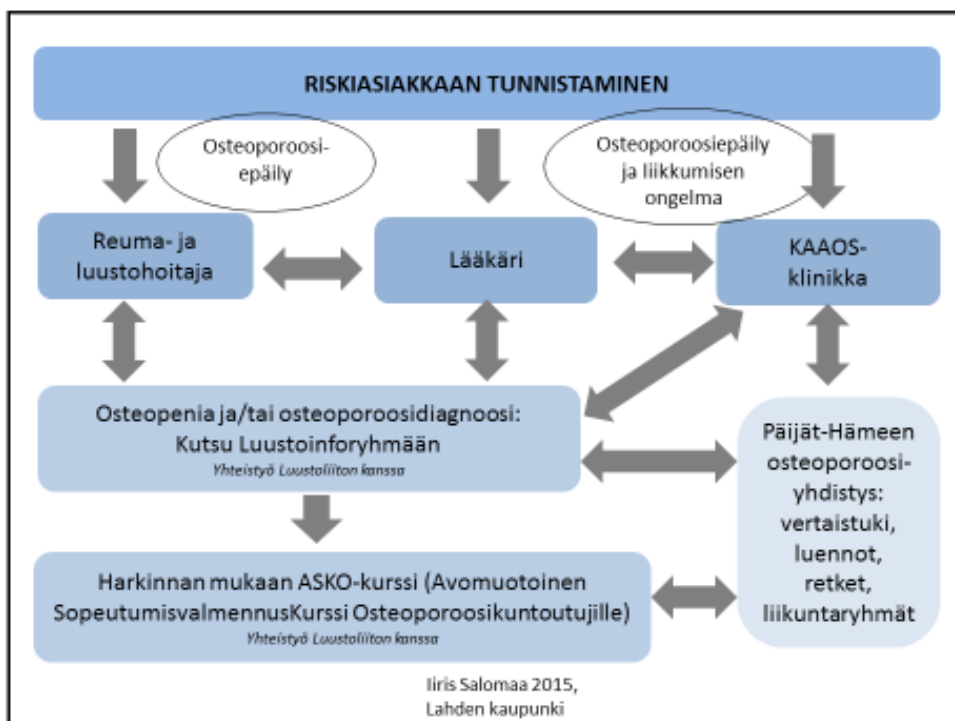
Koulutusten tavoitteena oli terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen lisääntyminen osteoporoosin riskissä olevien asiakkaiden tunnistamisessa, tutkimisessa ja hoidossa sekä juurruttaa kehitetyn osteoporoosipotilaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmallin toiminta osaksi pysyvää toimintaa Lahden sosiaali- ja terveystoimialalla. Koulutuksiin osallistui yhteensä 198 terveydenhuollon ammattilaista, joista suurin osa oli Lahden kaupungin Sosiaali- ja terveystoimialan palveluksessa työskenteleviä eri alojen ammattilaisia (LIITE 2).

Koulutuksessa uudistetun, 24.4.2014 julkaistun Osteoporoosipotilaan käypähoitosuosituksen sisällön esitteli Sairaala Ortonin endogrinologi, dosentti, osteoporoosin asiantuntijalääkäri Hannu Väänänen. Hän piti myös luennon luuntiheysmittausten (DXA-) tulosten tulkinnasta ja johtopäätösten teosta. Kehittämiskoordinaattorina esittelin kehitetyn osteoporoosipotilaan tutkimus- hoito ja kuntoutusmallin sekä asiakkaan ohjaamisen kriteerit ja keinot mallin eri vaiheissa. Sen jälkeen malliin sisältyvät prosessit esiteltiin tarkemmin. Kirurgisen kuntoutusosaston osastonhoitaja kertoi Kirurgisen kuntoutusosaston toiminnasta sekä esitteli toimintaprosessin osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tunnistamisesta ja tutkimuksista. Itäisen lähi-klinikan luustohoitaja esitteli luustohoitajien toimintaprosessin ja minä esittelin Kaatumis- ja osteoporoosiklinikan toimintaprosessin. Esittelin myös Luustoinfon ja Asko-kurssin sisällöt ja niihin ohjautumisen. Suomen Luustoliiton edustaja, Asko-hankkeen projektipäällikkö esitteli Luustoliiton toimintaa, sieltä saatavia palveluita sekä Luustoliiton tuottamia terveystoimintamateriaaleja, joita voidaan käyttää työn tukena.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

6.1 Osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tutkimus- hoito- ja kuntoutusmalli

Tämä kehittämishankkeen tuloksena syntyi Osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmalli Lahden sosiaali- ja terveystoimialalle sekä Avoterveydenhuollon että Vanhusten palveluiden ja kuntoutuksen yksiköihin. Toimintamalli rakentuu vuosien 2010–2012 aikana kehitetyistä ja käyttöön otetuista toiminnoista eli osaprosesseista, jotka oli kehitetty ja otettu käyttöön mutta ne olivat jääneet irrallisiksi palveluiksi. Asiakkaat ohjautuivat sattumanvaraisesti palvelujen piiriin ja palvelusta toiseen. Usein asiakkaat putosivat pois palvelujen piiristä ennen aikaisesti. Tässä toimintamallissa osat on koottu yhteen ja suunniteltu, miten asiakkaat ohjautuvat oikea-aikaisesti oikeiden palvelujen piiriin ja edelleen palvelusta toiseen. Toimintamalli on kuvattu seuraavassa kuviossa (kuvio 11).



KUVIO 11. Osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmalli (Salomaa, 2015)

Toimintamalliin sisältyy kolme erilaista toimintaprosessia eli hoitopolkua. Ne ovat luustohoitajan, Kaaos-klinikan ja lääkärin toimintaprosessit. Luustohoitajan ja Kaaos-klinikan toimintaprosessit on mallinnettu IMS -prosessinmallinnusohjelman avulla. Lääkäreiden toimintaprosessin kuvaaminen ei sisältenyt tähän kehittämishankkeeseen. Yhteistyö lääkärin kanssa luustohoitajan ja Kaaos-klinikan prosesseissa on kuvattu kyseisten prosessien yhteydessä.

Toimintamallin ja prosessien suunnittelussa kiinnitettiin sisältöjen lisäksi erityistä huomiota eri vaiheiden rajapintoihin, joissa asiakkaat siirtyvät palvelusta toiseen, koska näissä kohdissa asiakkaat helposti putoavat pois palveluprosessin piiristä ennen aikaisesti.

6.2 Riskiasiakkaan tunnistaminen

Jotta osteoporoosin ja murtumien riskissä olevan asiakkaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusprosessi voidaan käynnistää, riskissä oleva asiakas on ensin tunnistettava. Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on tunnistaa osteoporoosin riskissä oleva asiakas ja joko käynnistää tarvittavat tutkimukset ja hoito omassa yksikössä tai ohjata asiakas oikean toimintaprosessin palveluiden piiriin. Osteoporoosin ensimmäinen havaittava oire on useimmiten pienenerginen luunmurtuma (syntynyt kaatuessa samalta tasolta, putoamisesta alle metrin korkeudelta tai pienen ponnistuksen voimasta) ja sen aiheuttama kipu. Nikamamurtumat eivät ole aina kivuliaita, joten ne saattaa akuuttivaiheessa jäädä huomaamatta. Nikamamurtumat saatetaan havaita myöhemmin radiologisena sattumalöydöksenä, pituuden lyhentymisenä (yli 5cm) tai torakkaalisena kyfoosina (rintarangan alueella poikkeuksellisen voimakas mutka taaksepäin). Koska nikamamurtumiin ei useimmiten liity erityistä traumaa, nikamamurtumapotilaan tunnistamiseen ja hoitoon ohjaukseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Asiakkaalla saattaa olla myös muita osteoporoosin vaaraa lisääviä sairauksia ja riskitekijöitä, jotka tulee huomioida. (Osteoporoosin Käypä hoito suositus, 2014, 4.) Asiakas ohjataan aina luuston kunnon arvioon, mikäli hänellä on syytä epäillä osteoporoosia.

Osteoporoosin riskiä voidaan arvioida tarkemmin riskitestien avulla. Riskitestit voidaan tehdä jo osteoporoosin riskiä epäillessä tai viimeistään osana tutkimusprosessia. Lahden sosiaali- ja terveydenhuollossa hoito-henkilökunta arvioi asiakkaan osteoporoosin riskiä tekemällä MOI-riskitestin Pegasos – potilastietojärjestelmän toimintakykytestit kansioon. Ohjelma laskee automaattisesti riskipisteet. Testin tulos kirjataan asiakkaan terveystietoihin tekstinäkymään siten, että testin tulos ilmoitetaan numeerisesti, kerrotaan viitearvojen perusteella tarkoittaako tulos matalaa-, kohtalaista- vai korkeaa osteoporoosin riskiä sekä luetellaan havaitut riskitekijät. Käytössä olevassa testissä varsinaisten riskipisteiden lisäksi kysytään sekundaarisen osteoporoosin riskitekijöitä sekä hoidon suunnitteluun vaikuttavia muita tarpeellisia lisäkysymyksiä.

Osteoporoosin uusituissa Käypä hoito – suosituksissa (2014, 2-4, 6) suositellaan murtumariskin - ja jatkotutkimusten tarpeen arviointiin sekä hoidon suunnittelun tueksi Maailman terveysjärjestön WHO:n (World Health Organization) kehittämää FRAX-murtumariskilaskuria. Päätimme, että vielä emme vaihda koko henkilökunnan keskuudessa juuri käyttöön juurrutettua MOI-riskitestiä, joka ohjaa tunnistamaan osteoporoosin riskitekijöitä laajalaisesti. Tässä vaiheessa lääkärit käyttävät oman työnsä tueksi FRAX-murtumariskilaskuria, joka ohjeistaa lääkäriä myös hoidon suunnittelussa. FRAX-murtumariskilaskuri löytyy helposti muun muassa internetistä (<https://www.shef.ac.uk/FRAX/?lang=fi>). Waris (2015) on tutkinut ja vertaillut MOI-riskitestin ja FRAX-murtumariskilaskurin antamia tuloksia keskenään ja todennut, että ne antavat varsin samansuuntaiset tulokset. Molempia riskitestejä voidaan siis käyttää, mutta lääkäreiden työkaluna FRAX-murtumariskilaskuri on informatiivisempi ja tulevaisuudessa sen käyttöä tullaan lisäämään WHO:n suositusten mukaisesti.

6.3 Riskiasiakkaan tutkimuksiin ohjaus

Osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan jatkotutkimuksiin ohjautuminen on aina varmistettava. Avoterveydenhuollon asiakas ohjataan tutkimuksiin joko luustohoitajan vastaanotolle tai Kaatumis- ja osteoporoosiklinikalle.

Avoterveydenhuollossa lääkäriaikaa ei tässä vaiheessa ole tarpeellista varata.

Sairaalan pitkäaikaisosastoilla olevien potilaiden sekä kotihoito- ja palveluasumisen piirissä olevien asiakkaiden luuston kuntoa tutkii, arvioi ja suunnittelee tarvittavan hoidon ja seurannan kunkin yksikön vastaava lääkäri. Yksikön hoitohenkilökunta ja fysioterapeutti vastaavat hoidon ja kuntoutuksen sekä kaatumisten ehkäisyn toteutumisesta moniammatillisena yhteistyönä yhdessä asiakkaan kanssa. Akuuttivuodeosastoilla ja kuntoutusosastoilla tunnistetaan osteoporoosin riskissä olevat asiakkaat ja joko käynnistetään tutkimukset sairaalajakson aikana tai ohjataan kotiutuva asiakas luustohoitajan vastaanotolle tai Kaaos-klinikalle osteoporoositutkimuksiin. Nykyisin usein nopean kotiutuksen vuoksi tutkimuksia ei ehditä sairaalajakson aikana aloittaa.

Luustohoitajan vastaanotolle luustotutkimusten käynnistämiseksi ohjataan hyväkuntoiset asiakkaat, joilla ei ole liikunta- ja toimintakyvyn ongelmia. Asiakkaalle annetaan esite luustohoitajan toiminnasta ja -tavoitteista sekä toimintaohjeet. Niissä asiakas ohjeistetaan soittamaan terveysneuvoon ja varaamaan aika oman alueen luustohoitajalle luustoterveyden arviointia varten.

Kaaos-klinikalle ohjataan moniongelmaiset asiakkaat, useimmiten ikäihmiset, joilla on osteoporoosiepäilyn lisäksi liikkumisen- ja toimintakyvyn ongelmia ja siksi suurentunut kaatumisen ja murtumien riski. Asiakkaalle joko annetaan Kaaos-klinikan esite, ja kehoitta häntä soittamaan ja ilmoittamaan asiakkaaksi tai terveydenhuollon ammattilainen laittaa asiakkaan suoraan potilastietojärjestelmän kautta Kaaos-klinikan jonoon (KAAOS). Jälkimmäistä vaihtoehtoa suositellaan erityisesti asiakkaille, joilla on mahdollisesti ymmärtämis- tai muistiongelmia.

6.4 Luustohoitajan vastaanottotoiminta

Luustohoitajan vastaanotolle ohjautuvat osteoporoosin riskissä olevat asiakkaat, joilla ei ole liikunta- ja toimintakyvyn ongelmia. Asiakas voi ohjautua luustohoitajan vastaanotolle muiden terveydenhuollon ammattilaisten ohjaamina, asiakas itse epäilee osteoporoosia tai luustohoitaja tunnistaa osteoporoosin riskiasiakkaita muista syistä vastaanotollaan käyvien asiakkaiden joukosta. Uusi asiakas varaa ajan soittamalla Terveysneuvon, jonne on Lahdessa keskitetty kaikki avoterveydenhuollon asiakkaiden ohjaus-, neuvonta- ja ajanvarauspalvelut. Kaikilla Lahden avoterveydenhuollon kolmella lähiklinikalla ja pääterveysasemalla työskentelee koulutettu luustohoitaja, joka tekee luustohoitajan ja myös reumahoitajan työtä osana muuta vastaanottotoimintaa. Kaikki luustohoitajat toimivat yhdenmukaisesti Käypä hoito -suositusten mukaisesti moniammatillisessa työryhmässä suunnitellun ja mallinnetun toimintaprosessin mukaisesti (LIITE 3). Luustohoitaja käynnistää itsenäisesti suunnitellun tutkimusprosessin ja vie sitä eteenpäin konsultoiden tarvittaessa lääkäriä. Käytössä on myös yhteinen, yhdessä valittu terveystietomateriaali, jota asiakkaille jaetaan.

Tarvittaessa asiakkaalle varataan lääkäriaika. Lääkäri tekee diagnoosin ja suunnitelman osteoporoosin hoidosta ja seurannasta yhteistyössä asiakkaan kanssa. Osteopenia- tai osteoporoosi diagnoosin saaneet asiakkaat laitetaan potilastietojärjestelmään Luustoinfo – jonon (LUUSTO).

6.5 Kaatumis- ja osteoporoosiklinikka Kaaos

Kaatumis- ja osteoporoosiklinikalle eli Kaaos-klinikalle ohjataan asiakkaat, joilla epäillään osteoporoosia ja heillä on myös liikunta- ja toimintakyvyn ongelmia, ja siten suurentunut kaatumisten ja murtumien riski. Toiminta etenee kaikkien asiakkaiden osalta mallinnetun ja kuvatun Kaaos-klinikan toimintaprosessin mukaisesti (LIITE 4). Asiakkaat ohjautuvat Kaaos-klinikalle joko terveydenhuollon ammattilaisten lähettämänä tai asiakas / läheinen soittaa huolen ilmaannuttua. Tällöin puhelinhaastattelun perusteella arvioidaan, onko Kaaos-klinikka asiakkaalle oikea tutkimus- ja hoitopaikka.

Kaaos-klinikalle tulevien asiakkaiden tiedot laitetaan Pegasos -potilastietojärjestelmään KAAOS-jonoon, josta heidät kutsutaan ilmoittamisjärjestyksessä tutkimuksiin. Lahden Kaaos-klinikalla työskentelee fysioterapeutti (alkuperäisen mallin mukaan fysioterapeutti ja terveydenhoitaja) sekä osaikainen lääkäri.

Kaaos-klinikalla asiakkaan terveyttä ja luustoterveyttä, ravitsemusta, liikunta- ja toimintakykyä sekä kaatumisriskiä tutkitaan ja arvioidaan laajalaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Kaikkiin havaittuihin riskitekijöihin puututaan ja haetaan yhteistyössä ratkaisuja riskitekijöiden vähentämiseksi. Tarvittaessa asiakas ohjataan muun terveydenhuollon ammattilaisen, kuten esimerkiksi muistihoitajan, silmälääkärin tai hammaslääkärin vastaanotolle. Myös asiakkaan apuvälinetarvetta ja kotiympäristön esteettömyyttä ja turvallisuutta kartoitetaan Turvallisia vuosia – oppaan sisältämän riskikartoituksen, tarvittaessa kotikäynnin avulla ja tehdään tarvittavat toimenpiteet siellä. Asiakkaan kanssa tehdään saatujen toimintakykytestien tulosten perusteella terveysliikunta- ja luuliikuntasuositusten mukainen liikuntasuunnitelma asiakkaan kunnon mukaan. Liikuntasuunnitelma saattaa sisältää esimerkiksi yksilöllisesti suunnitellun kotiharjoitusohjelman, ulkoilua, ryhmäliikuntaa ja joskus yksilöllistä fysioterapiaa.

Kun kaikki alkuselvittelyt ja tutkimukset on tehty, asiakkaalle varataan useimmiten aika Kaaos-klinikan lääkärille. Joskus riittää, että lääkärille varataan konsultaatioaika, jolloin lääkäri arvioi kokonaistilannetta ja päättää jatkotoimenpiteistä.

Osteopenia – tai osteoporoosi diagnoosin saaneet asiakkaat laitetaan Pegasos -potilastietojärjestelmään Luustoinfo – jonoon (LUUSTO). Luustoinfossa asiakkaat saavat ryhmässä tietoa luustoterveydestä ja sen omahoidon kulmakivistä.

Kaaos-klinikalla asiakkaiden terveyttä ja toimintakykyä tutkitaan ja seurataan yksilöllisen suunnitelman mukaan vuoden ajan puhelinsoitin ja seurantakäynnein. Seurannasta vastaa fysioterapeutti, joka konsultoi tarvitta-

essa lääkäriä. Kuuden kuukauden kuluttua ensikäynnistä asiakkaalle soimitetaan seurantasoitto, jolloin asiakkaan kokonaistilannetta ja mahdollisesti aloitetun hoidon ja kuntoutuksen toteutumista kartoitetaan. Harkinnan mukaan asiakas voidaan kutsua seurantasoiton sijasta vastaanotolle seurantakäynnille. Kahdentoista kuukauden kuluttua ensikäynnistä kaikki Kaaos -klinikan asiakkaat kutsutaan seurantakäynnille, jolloin arvioidaan asiakkaan tilannetta verrattuna lähtötilanteeseen ja tehdään mahdollisesti uusia suunnitelmia. Vuoden mittaisen seurannan jälkeen asiakkaan luustoterveystta seurataan lääkärin suunnitelman mukaisesti asiakkaan hoidosta vastaavan lähiklinikan tai pääterveysaseman luustohoitajan vastaanotolla.

6.6 Lääkärin toiminta

Avoterveydenhuollossa osteoporoosin riskiasiakkaita ei ohjata ensisijaisesti lääkärin vastaanotolle luuston kunnon kartoitukseen, vaan luustohoitajan tai Kaaos-klinikan vastaanotolle. Luustohoitajat ja Kaaos-klinikan fysioterapeutti konsultoivat vastuulääkäreitä ja alkututkimusten jälkeen lääkärille varataan tarvittaessa vastaanottoaika.

Tarvittaessa lääkärit käynnistävät vastaanotollaan muusta syystä olevan asiakkaan osteoporoosin riskin arvioinnin ja tarvittavat tutkimukset sekä suunnittelevat hoidon ja seurannan Käypä hoito – suositusten mukaisesti. Lääkäri huolehtii myös siitä, että osteopenia- tai osteoporoosi -diagnoosin saanut asiakas laitetaan Luustoinfo – jonoon ensitiedon saamista varten. Akuuttiosastoilla lääkäri käynnistää mahdollisuuksien mukaan tutkimukset ja aloittaa tarvittaessa hoidon tai ohjaa kotiutuvan asiakkaan Luustohoitajan tai Kaaos-klinikan vastaanotolle. Kotihoidon- ja palveluasumisen piirissä olevien asiakkaiden sekä pitkäaikaishoidossa vuodeosastoilla olevien potilaiden luuston kunnon arvioinnista, hoidosta sekä kaatumisten ja murtumien ehkäisystä vastaa kunkin yksikön lääkäri yhteistyössä yksikön hoitohenkilökunnan ja fysioterapeuttien kanssa.

6.7 Luustoinfo

Luustoinfoon ohjataan osteopenia- tai osteoporoosi diagnoosin saaneet asiakkaat laittamalla asiakas Pegasos -potilastietojärjestelmän Luustoinfionoon (LUUSTO). Luustoinfon tavoitteena on, että luustokuntoutujat saavat ryhmässä ensitietoa luustoterveyden omahoidon kulmakivistä sekä vertaistuen mahdollisuudesta (Luustoliitto 2013, Hulkko, Salomaa & Tamminen 2013.) Luustoinfossa luustohoitaja ja Kaaos-klinikan fysioterapeutti pitävät asiantuntijaluentoja luustoterveyden omahoidon kulmakivistä: luustoterveys, ravitsemus, liikunta ja kaatumisten ehkäisystä. Luustoinfossa taukojumppana tehdään ryhti- ja tasapainoharjoituksia, joista ryhmäläiset saavat kirjalliset ohjeet. Vertaistuen mahdollisuuksia esittelee paikallinen Päijät-Hämeen Osteoporoosiyhdistys. Myös Lahden kaupungin Liikuntapalveluiden, Wellamo-opiston ja muiden paikallisten toimijoiden tarjoamia liikuntapalveluita esitellään.

Luustoinfo on yhteistyössä Suomen Luustoliiton kanssa suunniteltu ryhmämuotoinen kolme tuntia kestävä infotilaisuus osteopenia- tai osteoporoosi diagnoosin saaneille asiakkaille. Luustoinfon sisältämät luennot ja Power Point -esitykset on tuotettu Luustoliiton ASKO-projektin projektipäällikön johdolla eri ammattiryhmien asiantuntijoiden työstämänä. Nyt valmista materiaalia voivat hyödyntää kaikki terveydenhuollon ammattilaiset Suomessa.

Luustoinfon esitteitä on Lahden sosiaali- ja terveystoimialan yksiköiden lisäksi toimitettu muun muassa Päijät-Hämeen keskussairaalaan, Päijät-Hämeen osteoporoosiyhdistykselle, työterveysasemille, yksityisille lääkäriasemille ja Terveyskioskille. Näin lahtelaiset, joilla on diagnostisoitu osteopenia tai osteoporoosi muuallakin kuin kaupungin palveluiden piirissä, voivat ilmoittautua Luustoinfoon ja saada tietoa luustoterveydestä ja omahoidon kulmakivistä.

Luustoinfossa esitellään myös ASKO-kurssin (Avomuotoinen sopeutumisvalmennuskurssi osteoporoosikuntoutujille) toimintaa ja mahdollisuuksia hakeutua kurssille. ASKO-kurssia suositellaan henkilöille, jotka kaipaavat

enemmän tietoa ja tukea luustosairauteen sopeutumiseen, omahoitoon ja kuntoutumisen. ASKO-kurssille voi ilmoittautua Luustoinfoon osallistuneet luustokuntoutujat ottamalla yhteyttä Kaaos-klinikan fysioterapeuttiin. Luustokuntoutuja laitetaan haastattelun jälkeen ASKO – jonoon Pegasos potilastietojärjestelmään.

6.8 Avomuotoinen sopeutumisvalmennuskurssi, ASKO

ASKO- kurssille ohjataan luustokuntoutujat, jotka ovat osallistuneet Luustoinfoon ja kaipaavat lisää tietoa ja tukea omahoitoon ja kuntoutumiseen. ASKO-kurssin tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon, liikuntapalveluiden ja kolmannen sektorin yhteistyötä lisäämällä ja voimavaroja yhdistämällä tukea luustokuntoutujan omahoitoa ja kuntoutusta lähellä kuntoutujan omaa kotia. (Luustoliitto 2013; Tamminen, 2013, 6; Hulkkonen ym. 2013.) Lahdessa ASKO-sopeutumisvalmennuskurssille voivat hakeutua luustokuntoutujat, jotka ovat osallistuneet Luustoinfoon ja kaipaavat enemmän tukea sairauteen sopeutumiseen ja tietoa omahoidon tueksi. Heidät laitetaan potilastietojärjestelmään ASKO- jonoon. ASKO-kurssi koostuu kuudesta neljän tunnin mittaisesta lähijaksosta, etäjaksoista sekä kuuden ja kahdentoista kuukauden kuluttua toteutettavista seurantatapaamisista. ASKO-kurssin toimintaprosessin eteneminen on kuvattu seuraavassa kuviossa (kuvio 12).



Luustoliitto



16.5.2015

KUVIO 12. Asko -kurssin vaiheet (Luustoliitto 2015)

ASKO-kurssilla luennoitsijoina toimivat oman paikkakunnan sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ammattilaiset sekä paikallisen osteoporoosiyhdistyksen vertaistukihenkilöt valmiiksi suunnitellun ohjelman ja luentomateriaalin mukaisesti. Asko-kurssilla jokaiseen kurssipäivään sisältyy pääteeman lisäksi myös jonkin liikuntalajin kokeilu, joita kurssilaiset ovat voineet toivoa. ASKO-kurssin sisällöllisiä teemoja ovat: terveysliikunta, luusto ja osteoporoosi, liikunnasta luustoterveyttä, pysy pystyssä, ravinnosta luustoterveyttä sekä sosiaaliturva. Kurssilaisille järjestetään myös 6 kuukauden ja 12 kuukauden kuluttua kurssista seurantatapaamiset.

Lahden sosiaali- ja terveystoimialalta Kaaos-klinikka oli suunnittelemassa ja pilotoimassa sekä ASKO-kursseja että Luustoinfoja yhteistyössä Suomen Luustoliiton kanssa vuosien 2011–2014 aikana. Myös Eksotessa, Etelä-Saimaan sosiaali- ja terveisyhtymässä Lappeenrannassa pilotoitiin sekä ASKO-kurssi että Luustoinfo vuonna 2013. Kokonaistavoitteena oli kehittää ja toteuttaa omalla paikkakunnalla osteoporoosipotilaan sopeutumisvalmennuksen toimintamalli, jonka tarkoituksena on tukea luustokuntoutujan omahoitoa, tukea liikunta- ja toimintakyvyn säilymistä ja mahdollistaa itsenäinen selviytyminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. (Tamminen, 2013, 6; Hulkkonen ym. 2013.) Nyt tuotettua ASKO-kurssin

materiaalia voivat hyödyntää kaikki terveydenhuollon ammattilaiset Suomessa.

6.9 Jatkohoito ja seuranta

Kaikki asiakkaille tehtyt haastattelut, tutkimustulokset, testitulokset, diagnoosit sekä hoito- ja kuntoutumissuunnitelmat sekä niiden toteumat kirjataan asiakkaan terveystietoihin Pegasos – potilastietojärjestelmään, jolloin ne ovat sekä terveydenhuoltoalan ammattilaisten tiedossa että asiakkaan itsensä luettavissa internetistä Omakannasta. Osteopenia- ja osteoporoosi diagnoosin saaneiden asiakkaiden hoitoa ja luuston kuntoa on seurattava, kuten muidenkin pitkäaikaisia sairauksia sairastavien asiakkaiden terveyttä. Lääkäri tekee diagnoosin ja hoitosuunnitelman tehdessään myös suunnitelman luustoterveyden seurannasta yksilöllisesti, Käypä hoito – suositusten mukaisesti. Lahden sosiaali- ja terveystoimialalla avoterveydenhuollon asiakkaat ohjeistetaan lääkärin laatiman suunnitelman mukaisesti varaamaan soittoaika oman alueen luustohoitajalle, joka organisoii seuranta tutkimukset ja konsultoi lääkäriä jatkotoimenpiteiden suunnittelusta ja ohjeistamisesta.

6.10 Päijät-Hämeen osteoporoosiyhdistys ja Suomen Luustoliitto

Päijät-Hämeen osteoporoosiyhdistys on yksi Suomen Luustoliiton jäsenyhdistyksistä, joka toimii Päijät-Hämeen alueella. Yhdistys tarjoaa vertaistukea ja järjestää monipuolista toimintaa luustokuntoutujille, esimerkiksi vertaistapaamisia, asiantuntijaluentoja, liikuntaryhmiä sekä retkiä. Yhdistyksen jäsenet kuuluvat myös Suomen Luustoliiton, josta he saavat neljä kertaa vuodessa ilmestyvän Luustotieto – lehden, johon on koottu ajankohtaista tietoa sekä luustokuntoutujille että ammattilaisille muun muassa luustoterveydestä ja sen omahoidosta. Luustoliitto järjestää jäsenilleen myös puhelinneuvontaa (Luustoluuri), retkiä sekä sopeutumisvalmennuskursseja kuntoutuslaitoksissa. Luustoliitolla on myös internet-sivut, joista sekä luustokuntoutujat että ammattilaiset saavat tietoa luustoterveyden edistämisen tueksi (Luustoliitto 2015). Lahden sosiaali- ja terveystoimiala

tekee yhteistyötä sekä Luustoliiton että paikallisyhdistyksen kanssa ja ohjaa asiakkaitaan aktiivisesti vertaistuen ja toiminnan piiriin.

7 KEHITTÄMISHANKKEEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Kehittämishankkeen prosessin arviointi

Tässä työelämälähtöisessä kehittämishankkeessa kehitettiin ja mallinnettiin tavoitteen mukaisesti Lahden sosiaali- ja terveystalveluiden saumaton ja laadukas osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmalli. Tavoitteena on tunnistaa entistä tehokkaammin osteoporoosin ja murtumien riskissä olevat asiakkaat ja ohjata heidät hoidon ja kuntoutuksen piiriin oikea-aikaisesti yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Toimintamalliin sisältyviä toimintaprosesseja kehitettiin sujuviksi ja sekä Luustohoitajan- että Kaaos-klinikan toimintaprosessit mallinnettiin IMS -prosessinmallinnusohjelman avulla. Kehittämishankkeen tarkoitus oli kehittää osteoporoosin hoitoa Lahden sosiaali- ja terveystoimialalla. Kehittämishankkeen aiheen valinta nousi arjen työn kehittämistarpeesta ja oli luonteva osa työtäni Kaatumis- ja osteoporoosiklinikka toiminnasta vastaavana fysioterapeuttina ja kehittämistyön koordinaattorina.

Paasivaaran, Suhosen ja Nikkilän (2008, 7-9) mukaan kehittämishankkeella tarkoitetaan tavoitteellista kertaluontoista kokonaisuutta, jonka avulla luodaan käytännön toimintaan uusi, entistä parempi toimintamalli. Kehittämishankkeiden kesto voi vaihdella muutamasta kuukaudesta useaan vuoteen ja sen laajuus voi vaihdella pienistä hyvinkin mittaviin kokonaisuuksiin. Mittavilla kehittämishankkeilla tavoitellaan entistä parempia ja toimivampia palveluita, toimintatapoja tai tuotteita. Tämä kehittämishanke voidaan määritellä mittavaksi sekä ajallisesti että toiminnallisestikin. Ajallisesti kehittämishanke kesti vuoden 2010 syyskuusta vuoden 2014 joulukuuhun – ja itseasiassa kehittämistyö jatkuu edelleen aktiivisesti. Opinnäytetyön osuus kehittämistyössä ajoittui vuosille 2013–2014.

Kehittämishanke voi olla joko ulkoapäin tai omaehtoisesti määritelty. Ulkoapäin määritellyn projektin tavoitteet on määritelty työyhteisön ulkopuolella esimerkiksi johdon taholta, jolloin kehittämishanke voi jäädä pinnalliseksi, eikä tavoitteita ei ole sisäistetty. Omaehtoisen kehittämishankkeen

tarve nousee työyhteisöstä, jolloin tarve tunnetaan ja tavoitteet on silloin konkreettisia ja helpompi sisäistää. (Paasivaara ym. 2008, 9-10, Toikko & Rantanen 2009, 15.) Tämä kehittämishanke ja sen tavoitteet oli omaehtoisesti käytännön toimijoiden ja asiakkaiden havaitsemien tarpeiden määrittelemiä. ASKO-kurssin kehittämisen tavoitteet oli määritelty ulkoapäin Luustoliitossa, mutta tavoitteet tukivat ja täydensivät omaa kehittämistyötämme merkittävästi.

Kommunikatiivinen toimintatutkimuksen malli osallistavana menetelmänä soveltui kehittämishankkeeseen hyvin. Heikkinen (2006, 32–33) toteaaakin, että toimintatutkimuksen mallin mukaisessa kehittämistoiminnassa osallistavuus, läpinäkyvyys ja vuorovaikutus osapuolten välillä lisääntyvät, koska kehittämiseen osallistuvat jäsenet ovat mukana niin suunnittelussa, tiedon keräämisessä kuin päätelmien tekemisessäkin. Kommunikatiivinen toimintatutkimus soveltuukin hyvin työyhteisöjen ja organisaatioiden kehittämisen menetelmäksi, koska kehitys- ja muutosvaiheet rakentuvat kehittäjien vuorovaikutuksessa, joka on merkityksellistä kehittämisen näkökulmasta (Kuula 1999, 90–91). Samalla kun teimme moniammatillisissa työryhmissä kehittämistyötä, opimme myös tuntemaan ja ymmärtämään paremmin eri ammattiryhmien ja yksiköiden toimintaa ja heidän haasteitaan.

Kehittämishankkeessa oli mukana moniammatillinen kehittämistyöryhmä sekä useita asiantuntijoista koostuneita pientyöryhmiä. Työpajoihin osallistuneet johtajat ja eri alojen asiantuntijat olivat pääsääntöisesti kehittämistyöstä innostuneita ja motivoituneita ammattilaisia. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kehittämistoiminta nähtiin eri tahoilla tarpeelliseksi, joka edesauttoi osallistujien sitoutumista kehittämishankkeeseen. Kiire ja aikapula arjen työn keskellä osoittautuivat haasteeksi sekä pientyöryhmien että työpaja -aikojen järjestämisessä. Vatajan (2012, 104) mukaan tämä onkin yleisesti tunnistettu haaste kehittämishankkeissa, joita tehdään arjen työn lomassa. Työyhteisöissä olisikin järjestettävä riittävästi aikaa tavoitteelliseen ja systemaattiseen toiminnan kehittämiseen. Joitakin tehtäviä tulisi karsia, jotta aikaa järjestyisi uudelle kehittämistoiminnalle. Tämän kehittämishankkeen ajanjaksolle, vuodelle 2014 osui myös avoterveydenhuollon

organisaatiouudistus, joka ymmärrettävästi vaati erityistä huomiota ja panostusta siellä työskenteleviltä.

Rahikka (2013, 48) toteaa, että yhteinen ymmärrys ja vuorovaikutuksen syntyminen edellyttää kaikkien osallisten kiinnostusta ja osallistumista. Mikäli yhteistä näkemystä ei muodostu, ei ole mahdollista saada aikaan myöskään yhteistä ymmärrystä. Sekä moniammatillisissa työpajoissa että pientyöryhmissä yhteinen rikas keskustelu lisäsi yhteistä ymmärrystä ja vei kehittämistyötä eteenpäin. Keskustelu työpajoissa oli monimuotoista ja siellä tuotiin esiin sekä eri ammattikuntien, toimintayksiköiden että asiakasryhmän näkökulmia. Työpajoissa demokraattinen dialogi oli läsnä ja eri eriammattikuntien ja asiakkaiden näkemyksiä kehitettävästä toiminnasta tuotiin runsaasti esiin. Ryhmän jäsenet olivat tasavertaisessa asemassa keskenään, joka edisti osaltaan kehittämistyön etenemistä.

Toimintatutkimuksen vaiheet (suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi) etenevät sykleittäin (Toikko & Rantanen 2009, 66.) Aina toiminnan eri vaiheita ei voida selkeästi eritellä toisistaan, koska ne lomittuvat käytännön työelämässä usein toisiinsa (Heikkinen 2010, 223.) Niin kävi tässäkin kehittämishankkeessa; ajoittain oli vaikea hahmottaa, miten syklit ja sen eri vaiheet etenivät. Kehittämishankkeelle haluttiin antaa riittävästi aikaa, jotta kaikki osaprosessit saatiin toimiviksi ja yhdistettyä eri toimintaprosesseista yhdeksi toimintamalliksi.

Kehittämishankkeen koordinaattorina jäsenyys ja vetovastuu useissa eri työryhmässä oli ajoittain haasteellista arjen asiakastyön ja muiden hankkeiden rinnalla. Jokainen työryhmätapaaminen piti sopia, suunnitella ja toteuttaa, sekä viedä taas sovittuja asioita eteenpäin erialisin toimenpitein. Kehittämishankkeen tärkeys ja yhteinen tahtotila kuitenkin motivoivat sekä minua että työryhmän jäseniä jaksamaan. Toisaalta osallistumiseni useiden eri työryhmien työskentelyyn edesauttoi tiedonkulkua eri työryhmien välillä, jolloin myös pienryhmien jäsenet olivat paremmin selvillä kokonaisuuden ja eri osaprosessien etenemisestä. Pystyimme siten hyödyntä-

mään eri työryhmien suunnitelmia kaikkien työryhmien työskentelyssä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Mallintaa toimintaprosesseja sekä luoda niistä yksi toimintamalli.

Toimintatutkimuksen eteneminen voidaan hahmottaa spiraalina, jossa syklin eri vaiheet toistuvat. Spiraalimallissa kehittämistoiminnan tuloksia arvioidaan aina uudestaan ja uudestaan. Arvioinnin perusteella toimintaa kehitetään edelleen. (Toikko & Rantanen, 2009, 66.) Tämän kehittämishankkeen ajan sovitut tai kehitetyt uudet käytännöt ja materiaalit otettiin heti käytäntöön ja arvioitiin niiden soveltuvuutta käytännön toiminnassa toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Tarpeen vaatiessa niitä kehitettiin edelleen.

On ensiarvoisen tärkeää, että kehittämistyöhön osallistuvilla henkilöillä on kirkkaana mielessä kehittämistoiminnan tarkoitus ja tavoitteet sekä sen vaikutukset omaan toimintaan, muiden ammattilaisten toimintaan sekä asiakkaan saamaan palveluun. Myös niiden työntekijöiden, jotka eivät osallistu kehittämistyöryhmien työskentelyyn, on oltava selvillä kehittämistoiminnasta. Tietoisuus tarkoituksesta ja tavoitteista vähentää mahdollista muutosvastarintaa ja motivoi uudenlaisen toiminnan toteutukseen. (Paasi-vaara ym. 2008, 78; Ojasalo ym. 2009, 48). Siksi kehittämistyöryhmien jäsenien yksi tärkeä tehtävä omissa toimintayksiköissään oli tiedottaminen. Kävin myös kehittämiskoordinaattorina useissa yksiköissä kertomassa ja keskustelemassa toiminnan kehittämisestä ja kyseisen yksikön toiminnan merkityksellisyydestä osana toimintaprosessia. Jos esimerkiksi osteoporoosin riskissä olevaa asiakasta ei tunnisteta ja ohjata tutkimuksiin, koko toimintaprosessi ei edes käynnisty. Tai jos asiakasta ei ohjata oman palvelun piiristä prosessin seuraavaan vaiheeseen, prosessi katkeaa kesken, eikä asiakas saa tarkoituksenmukaista palvelukokonaisuutta.

Haasteena oli ja on edelleen toimintamallin juurruttaminen osaksi koko Sosiaali- ja terveystoimialan toimintaa. Syksyllä 2014 järjestetyt moniammatilliset Osteoporoosi-koulutukset toimivat erinomaisesti juurruttamisen tukena. Eri yksiköiden työntekijät saivat ajankohtaista tietoa osteoporoosista,

sen Käypä hoito – suosituksista, riskiasiakkaan tunnistamisesta, osteoporoosipotilaan suunnitellusta tutkimus- hoito- ja kuntoutusmallista sekä siihen sisältyivät toimintaprosesseista. Myös potilastietojärjestelmän käyttöä saumattoman toimintamallin varmistamiseksi esiteltiin. Uusin valittu asiakkaalle jaettava terveystietomateriaali tuli tutuksi. Koulutuksen jälkeen osteoporoosipotilaiden tunnistaminen, tutkimuksiin ja hoitoon sekä Luustoinforyhmiin on tehostunut toimintayksiköissä. Haasteena on kuitenkin esimerkiksi jatkuvasti vaihtuva henkilökunta, erityisesti lääkäreiden ammattikunnassa. Toimintamallista ja – toimintaprosesseista on siis tiedotettava ja muistutettava säännöllisesti sekä luotava intranettiin toimiva työalusta. Toimintamallin ja siihen sisältyvien toimintaprosessien eli hoitopolkujen esittelyn sisällyttäminen uusien työntekijöiden perehdytysmateriaaliin varmistaisi tiedon kulun.

Opinnäytetyöprosessi on ollut ajoittain haasteellinen, mutta antoisa ja osaamiseni on kehittynyt monella eri alueella. Opinnäytetyöprosessini on myös tukenut ja jännevöittänyt laaja-alaisen, välillä raskaankin kehittämistyöprosessin etenemistä osana arjen työtä. Opinnäytetyön tuotokset ovat keskeneräisinäkin kiinnostaneet ammattilaisia ja asiantuntijoita sekä paikallisella että valtakunnan tasolla ja olemmekin päässeet esittelemään ja keskustelemaan kehittämistämme toimintamallista ja -prosesseista lukuisien eri ammattilaisten ja asiantuntijoiden kanssa.

7.2 Kehittämishankkeen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Kehittämishankkeen ja opinnäytetyöprosessin käynnistämisestä tehtiin kirjallinen sopimus Lahden kaupungin Vanhusten palvelujen ja kuntoutuksen kuntoutuspäällikön sekä Lahden ammattikorkeakoulun kanssa. Koska hankkeessa ei käsitelty potilastietoja, muita lupia ei tarvinnut hakea. Hankesuunnitelma esiteltiin Sosiaali- ja terveystoimen laajennetulle johtoryhmälle, joka hyväksyi suunnitelman. Seppänen ja Järvelä (2004, 15) korostavat, että kehittämishankkeiden lähtökohtana tulee olla organisaation perustehtävän mukaisen toiminnan tukeminen. Laajennettu johtoryhmä oli

erinomainen joukko arvioimaan tämän kriteerin täyttymistä ja heidän tukensa oli edellytys kehittämistyön etenemiselle ja toiminnan juurruttamiselle.

Toikon ja Rantasen (2009, 121–124) mukaan kehittämishankkeen luotettavuutta ja eettisyyttä arvioitaessa puhutaan vastuullisesta kehittämistoiminnasta. Luotettavuus onkin keskeinen tieteellisen tiedon tunnusmerkki. Kehittämistoiminnassa luotettavuudella tarkoitetaan ennen kaikkea kehitetyn toimintatavan, tässä tapauksessa mallinnettujen toimintamallin ja prosessien käyttökelpoisuutta, hyödynnettävyyttä ja toistettavuutta. Kehittämishankkeen toimijoiden sitoutuneisuus tehtävään on myös yksi luotettavuuden osatekijöistä.

Tämän kehittämishankkeen tuloksena mallinnettu toimintamalli ja -prosessit on kehitetty Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalla, sen palvelu- ja organisaatorakenteessa toimivaksi. Moniammatilliseen kehittämistyöhön osallistui Lahden kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen eri alojen ammattilaisia ja asiantuntijoita, Suomen Luustoliiton edustaja sekä Päijät-Hämeen osteoporoosiyhdistyksen jäseniä. Kehittämistoiminnassa olivat siis edustettuna palvelun tuottajaorganisaatiosta eri yksiköiden edustajia sekä asiakasryhmän edustajia, jolloin kehittämistoiminnan hyödynnettävyys, käyttökelpoisuus ja toistettavuus olivat lähtökohtana ja arvioinnin kohteena eri näkökulmista koko kehittämistyön ajan. Kehittämishankkeen lähtökohtana oli alusta asti avoimuus, joka on Tuomen ja Saarijärven mukaan (2009, 126) eettisyyden ja luotettavuuden arvioinnille hyvä lähtökohta.

Tässä kehittämishankkeessa ei tehty tieteellistä tutkimusta, mutta kehittämistyö perustui tieteelliseen tutkimukseen ja näyttöön, Käypä hoito – suosituksiin sekä ammattilaisten tieto-taitoon, kokemukseen ja osteoporoosikuntoutujien näkemyksiin, kokemuksiin ja tarpeisiin.

Kanasen (2012, 164) mukaan tarkka dokumentaatio on yksi luotettavuuden perusedellytys kehittämishankkeissa. Dokumentoinnissa kirjataan ylös

kehittämishankkeen eri vaiheet sekä tehdyt päätökset. Hankkeen koordinaattorina kirjasin kehittämishankkeen eri vaiheet ja pientyöryhmissä tehdyt päätökset hankepäiväkirjaan, työpajoista kirjoitettiin muistiot, jotka lähetettiin osallistujille.

Eettisesti hyvässä kehittämistyössä on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkijan tulee noudattaa työn eri vaiheissa tunnistettuja toimintatapoja, niin suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa, kuin raportoinnissa-kin (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–24.) Tämä kehittämishanke toteutettiin ja raportoitiin Lahden ammattikorkeakoulun ylemmän AMK-opinnäytetyöohjeiden (2013) mukaisesti.

Koska opinnäytetyössä kuvattu kehittämishanke toteutettiin julkisen terveydenhuollon organisaatiossa, erityisesti kohdeorganisaation eettisillä arvoilla ja hyvällä johtajuudella on olennainen vaikutus kehitettyyn toimintamalliin ja sen sisältämien toimintaprosessien juurtumiseen organisaation eri yksiköissä. Ikola-Norrbackan (2010, 183–187) tekemässä väitöstudiumuksessa terveydenhuollon eettisestä johtajuudesta, korostui eettisten arvojen ja hyvän johtajuuden merkitys sekä työympäristöön että työviihtyvyyteen. Hallinnon ja julkisten palvelujen eettisistä arvoista luottamus koettiin erityisen tärkeäksi eettiseksi arvoksi -keskinäinen luottamus parantaa sekä työtehoa, että helpottaa johtamista. Eettisyys työyksikössä näkyy henkilökunnan hyvinvointina, jolloin myös työntekijöiden tehokkuus ja yhteisiin toimintatapoihin sitoutuminen lisääntyvät.

Huotarin mukaan (2009, 12,182) motivoituneessa työyhteisössä työntekijät haluavat ja kykenevät tuottamaan terveyttä ja hyvinvointia edistäviä palveluja, joka taas puolestaan vähentää sairauksien hoitoon tarvittavia resursseja. Osallistavalla vuorovaikutuksella ja hyvällä tavoitteista viestimisellä voidaan lisätä työyhteisön johtamisen ja toiminnan tehokkuutta. Tässä kehittämistyössä eri ammattiryhmien ja esimiesten osallistuminen kehittämistyöryhmiin ja pienryhmätapaamisiin lisäsi sekä työntekijöiden että esimiesten sitoutumista omaan työhön ja asiakaslähtöisten, laadukkaiden palvelujen kehittämiseen. Koska osteoporoosi- ja murtumapotilaiden hyvä hoito ja

kuntoutus edistävät asiakkaan terveyttä ja toimintakykyä sekä ennaltaehkäisee uusia murtumia, myös kehitetyn toimintamallin ja toimintaprosessien juurruttaminen työyhteisöihin pohjautuu eettisiin arvoihin ja toimintaan.

7.3 Kehittämishankkeen tulosten arviointi ja johtopäätökset

Toimintatutkimuksessa muutokselle on asetettu tavoite, joka pyritään saavuttamaan kehittämistoiminnan tuloksena (Kananen 2012, 176). Tälle kehittämishankkeelle asetetut tavoitteet saavutettiin suunnitelman mukaisesti. Kehitimme ja mallinsimme moniammatillisissa työryhmissä systemaattisen, saumattomasti toimivan mallin osteoporoosin riskissä olevien asiakkaiden tunnistamiseen, hoitoon ja kuntoutukseen. Kehitimme myös malliin sisältyviä toimintaprosesseja ja mallinsimme ne IMS – prosessinmallinnusohjelman avulla suunnitelman mukaisesti. Moniammatillisten työryhmien, koulutuksen, tiedotuksen ja sähköisten tietojärjestelmien, avulla toimintamallia ja siihen sisältyviä toimintaprosesseja on juurrutettu Lahden Sosiaali- ja terveystoimialan yksiköihin systemaattiseksi tavaksi toimia.

Toteutuneiden tavoitteiden kautta tämän kehittämishankkeen tarkoitus toteutui. Tarkoitus oli kehittää osteoporoosin ja murtumien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan yksiköissä. Toimintamalli ja sen prosessit ovat kehittyneet toimintatutkimuksen mallin mukaisesti vaiheittain ja perustuvat sisällöllisesti uusimpaan tutkittuun tietoon sekä käytännön työelämän tuntemukseen.

Selkeissä hoito- ja palveluprosesseissa päällekkäiset toiminnot on poistettu, palveluprosessin osat on yhteen sovitettu ja hoidon ja tiedon jatkuvuuden periaate toteutuu (Tanttu 2007, 80). Kehitetyssä toimintamallissa prosessi on jaoteltu neljään eri vaiheeseen: 1. riskiasiakkaan tunnistaminen, 2. tutkiminen, hoito ja suunnitelma seurannasta, 3. omahoidon ja kuntoutumisen tukeminen sekä 4. kolmannen sektorin tarjoaman vertaistuen ja yhdistystoiminnan tarjoamat mahdollisuudet asiakkaille. Toimintamallin

selkeät vaiheet jäsentävät suunniteltuja prosesseja ja kuvaavat eri toimijoiden vastuualueita. Toimintamalliin ja prosessikuvauksiin sisältyy myös selkeät ohjeet siitä, miten varmistetaan asiakkaan ohjautuminen prosessin vaiheesta toiseen yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Perusterveydenhuoltoon mallintamamme osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tutkimus-, hoito ja kuntoutusmalli on tietääksemme ensimmäinen Suomessa perusterveydenhuollossa toimiva systemaattinen toimintamalli, johon sisältyy myös vaihtoehtoisia toimintaprosesseja eli hoitopolkuja vastaamaan eri kuntoisten asiakkaiden tarpeita.

Kehittämämme toimintamalli on herättänyt valtakunnan tasolla runsaasti mielenkiintoa ammattilaisten keskuudessa. Toimintamallia ja siihen sisältyviä toimintaprosesseja on esitelty lukuisissa alueellisissa ja valtakunnan tasoissa opiskelijoiden, ammattilaisten ja tutkijoiden koulutuksissa ja seminaareissa. Lahdessa on myös käynyt vierailijoita sekä useista kunnista, keskussairaalapiireistä että tutkimusorganisaatioista tutustumassa toimintaamme. Myös näissä yhteyksissä käydyt keskustelut ovat olleet arvokkaita ja auttaneet refleктоimaan ja kehittämään toimintaamme. Osteoporoosin hoitoon lääketieteellistä hoitoa kehittävä ja myyvä kansainvälinen lääkealan yritys on tuottanut terveystieteellisiä lääkäreille ja – henkilöstölle jaettavan Osteoporoosin Käypä hoito – kansion. Se sisältää Osteoporoosin uudistetut Käypä hoito – suositukset (2014), tiivistelmän suosituksista sekä kuvaukset hyvästä Käypä hoito -suositusten mukaisesta toteuttamisesta erikois- ja perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyönäni kehitetty ”Lahden malli” esitellään kansiossa hyvänä esimerkkinä Käypä hoito – suositusten mukaisen hoidon ja kuntoutuksen toteuttamisesta perusterveydenhuollossa. (Amgen 2015.)

Kaste 2012–2015 ohjelma korostaa sähköisen tiedonhallinnan vahvistamista Sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallisesti haasteena pidetäänkin asiakastietojen ajantasaisuutta ja seurantatietojen saatavuutta sekä niiden hyödyntämistä niin toiminnan kehittämisessä kuin päätöksen-

teossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 28). Tässä kehittämishankkeessa Lahden perusterveydenhuollossa käytössä olevaa Pegasos – potilastietojärjestelmään kirjataan kaikki asiakkaiden tutkimuksiin, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät tapahtumat, diagnoosit sekä suunnitelma seurannasta. Kehittämishankkeen aikana tietojärjestelmään on lisätty osteoporoosin riskitesti MOI, sekä jonot Kaatumis- ja osteoporoosiklinikalle (KAAOS), Luustoinfoon (LUUSTO) ja ASKO-kurssille (ASKO) saumattoman hoitopolun varmistamiseksi. Ammatilainen laittaa asiakkaan hoito- ja kuntoutumissuunnitelman mukaan tietojärjestelmään jonoon, josta asiakas kutsutaan suunnitellun palvelun piiriin. Näin varmistetaan myös terveydenhuoltoalain (10/1326, § 35) edellyttämä tavoite asiakkaan oikea-aikaisesta hoitoon pääsystä sekä sujuvan hoidon ja kudotuksen etenemisestä suunnitelman mukaisesti.

IMS –prosessinmallinnusohjelman avulla luustohoitajan ja Kaaos-klinikan toimintaprosessit on mallinnettu ja tallennettu intranettiin ohjaamaan ammattilaisten toimintaa. Internetissä kaupunkilaisia ohjeistetaan palveluiden piiriin hakeutumisiksi keskitetyn Terveysneuvon kautta tai suoraan Kaaos-klinikalle.

Kehittämishankkeelle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttivat lukuisat eri tekijät. Kehittämishankkeen kehittämistyöryhmät koostuivat terveydenhuoltoalan keski- ja lähijohtajista, ammattilaisista sekä potilasjärjestön edustajista, joten kehittämistyötä tehdessä useat eri näkökulmat tuli huomioida kehittämistyön edetessä. Myös selkeä työnjako kehittämistyöryhmän ja pientyöryhmien kesken edesauttoi hankkeen etenemistä. Hankkeen aikana suunniteltuja toimintoja ja materiaaleja otettiin saman tien käyttöön, niiden toimivuutta arvioitiin ja tarvittaessa tehtyjä ratkaisuja muutettiin nopeasti paremmiksi.

Kehitetyn toimintamallin avulla varmistetaan asiakkaan ohjautuminen oikean palveluprosessin piiriin oikea-aikaisesti, palveluprosessin saumattomuus sekä asiakkaan saaman palvelun laadukkuus. Edellytyksenä on, että kaikki toimijat hallitsevat oma osuutensa prosessissa sekä tietävät,

mihin ja miten ohjata asiakas palveluprosessissa eteenpäin. Laadittu toimintamalli ja prosessikuvaukset toimivat osaltaan tämän varmistamiseksi.

Kehittämishankkeen tuloksena syntynyttä toimintamallia voidaan hyödyntää myös muissa kunnissa ja sairaanhoitopiireissä, joista on jo tehtykin lukuisia tutustumiskäyntejä Lahteen. Kehitettyä toimintamallia ei voi suoraan kopioida toiseen organisaatioon, mutta se voidaan implementoida kunkin organisaation rakenteeseen ja toimintaan sopivaksi. Toimintamallia voi hyödyntää myös muiden pitkäaikaissairauksien hoidon ja kuntoutuksen kehittämässä ja mallintamisessa.

7.4 Jatkokehittämisasiheet

Mallinnetun Osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan tutkimus- hoito- ja kuntoutusmallin ja siihen sisältyvien prosessien mukaista toimintaa toteutetaan Lahden sosiaali- ja terveystoimialalla. Toimintaprosessit ovat juurtuneet osaksi pysyvää toimintaa. Osteoporoosin riskissä olevia asiakkaita tunnistetaan ja tutkitaan tai ohjataan tutkimuksiin systemaattisesti useissa yksiköissä, mutta edelleen osa riskiasiakkaista jää tunnistamatta ja siten ilman asianmukaista hoitoa ja kuntoutusta. Toiminnan juurruttamiseksi kaikkiin yksiköihin on siis edelleen panostettava. Yhteistyötä on kehitettävä myös Päijät-Hämeen keskussairaalan kanssa, jossa suuri osa lahtelaisista riskiasiakkaista hoidetaan esimerkiksi luunmurtumien vuoksi. Suurin osa näistä asiakkaista kotiutuu suoraan keskussairaalaan, jolloin osteoporoosin riskissä oleva lahtelainen ei ohjaudu luuston kunnon arviointiin. Hoito- ketjun kehittämiseksi tarvitaan siis aktiivista jatkokehittämistä ja yhteistyön tehostamista.

Henkilöstön vaihtuvuus sekä muutokset organisaation rakenteissa ovat merkittäviä meneillään olevan vauhdikkaan palvelurakennemuutoksen myötä Vanhusten palveluiden ja kuntoutuksen vastuualueella. Olisi tärkeää, että uusien työntekijöiden perehdytykseen ja uusien toimintayksiköiden käynnistämiseen sisältyisi myös osteoporoosin riskissä olevan asiakkaan toimintamalliin ja toimintaprosesseihin perehtyminen ja pohdinta siitä,

mitä se tarkoittaa minun työssäni tai meidän toimintayksikössämme. Kuvattua toimintamallia sekä mallinnettuja toimintaprosesseja voidaan hyödyntää sekä uuden työntekijän perehdyttämisohjelmassa että uuden toimintayksikön toiminnassa.

Toimintamallin ja prosessien toimivuutta havainnoidaan ja arvioidaan toimintayksiköissä osana arjen työtä sekä asiakaspalautetta keräämällä. Sekä asiakkaiden että ammattilaisten tunnistamien tarpeiden sekä jatkuvasti lisääntyvän tutkitun tiedon perusteella sekä toimintamallia että siihen sisältyviä toimintaprosesseja on kehitettävä edelleen ja prosessikuvaukset päivitettävä. Kehittämistyöryhmä kokoontuu jatkossa yhdestä kahteen kertaan vuodessa refleктоimaan mallin ja prosessien toimivuutta, sekä kehittämään toimintaprosesseja entistä paremmiksi toimintatutkimuksen mallin mukaisesti.

Suomessa Sosaiaali- ja terveysalalla eri organisaatioissa kehitetään aktiivisesti asiakkaiden sähköisiä palveluja. Niitä on muun muassa keskitetty internettiin Hyvis.fi -sivuille useissa keskussairaalapiireissä, myös Päijät-Hämeen Keskussairaalapiirissä, johon Lahti kuuluu. Hyvis.fi -sivuilta kansalainen löytää luotettavaa tietoa terveydestä ja voi tehdä terveyteen ja elämäntapoihin liittyviä testejä, sähköisen terveystarkastuksen sekä saada neuvontaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Sivuilta kansalainen löytää myös yhteystiedot sosiaali- ja terveyspalveluihin ja terveydenhuollon sähköiseen asiointiin. (Hyvis.fi, 2015). Päijät-Hämeen Hyvis.fi -sivuille on juuri lisätty myös MOI –osteoporoosin riskitesti, jonka avulla kansalainen voi arvioida luustoterveyttään. Kohtalaisen tai korkean osteoporoosin riskipisteet saanut lahtelainen voi lähettää sähköisesti riskitestin arvioitavaksi ammattilaiselle, joka ohjaa asiakkaan oikean palveluprosessin piiriin toimintamallin mukaisesti. Toiminta on vasta käynnistynyt ja vaatii jatkokehittämistä. Toistaiseksi vain lahtelaiset voivat lähettää riskitestin ammattilaisen arvioitavaksi. Jatkossa kansalaisten tasavertaisten palvelujen saatavuuden turvaamiseksi toimintaa tulisi kehittää ja laajentaa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä myös muiden kuntien alueelle.

Tulossa oleva vuoden 2016 alussa tapahtuva Lahden ja Nastolan kuntaliitos, vuoden 2017 alussa alkavaksi suunniteltu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän palveluiden tuottaminen keskitetysti sekä valtakunnan tasolla suunnitteilla oleva Sote-uudistus edellyttävät uudenlaista yhteistyötä yli kunta- ja organisaatorajojen. Toimintaprosesseja on yhtenäistettävä ja kehitettävä kaikilla tasoilla -myös osteoporoosin riskissä olevien asiakkaiden tutkimisessa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Lahden sosiaali- ja terveys-toimialla perusterveydenhuollossa kehitetty ja käyttöön otettu osteoporoosisipotilaan tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmalli on valtakunnan tasollakin arvioitu esimerkilliseksi perusterveydenhuollon toimintamalliksi. Voisiko toimintamalli olla myös uuden kuntaliitoksen, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän sekä tulevan Sote-alueen yhteinen toimintamalli?

LÄHTEET

- Albert, S., King, J., Boudreau, R., Prasad, T., Newman, B & Lin, C.J. 2014. Primary prevention of falls: Effectiveness of a Statewide Program. *American Journal of Public Health* 104 (5). [viitattu 19.4.2015]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3987590/>
- Amgen 2015. Osteoporoosi – hoidon uusi aikakausi. Perehdytyskansio osteoporoosin Käypä hoito-suosituksista ja käytännön sovelluksista.
- eOsmo 2011. Osaamisen hallinnan innovaatioita kehittyvien sosiaali- ja terveyspalveluiden tueksi. Työkirja; Innovaatiomenetelmiä arjen työhön. [Viitattu 7.6.2015]. Saatavissa: <http://www.eosmo.fi/tyokirja/innokukka/ideointi.html>
- Gröger, H. 2014. Luustoterveydestä huolehtiminen kannattaa. *Luustotieto* 3. Suomen Luustoliiton jäsen- ja tiedotuslehti.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa *Toiminnasta tietoon Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). Vantaa: Dark
- Heikkinen, H., Kontinen, T., & Häkkinen, p. 2007. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa *Toiminnasta tietoon Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). Vantaa: Dark Oy
- Heikkinen, H., Rovio, E. & T. Kiilakoski 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa *Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). Kansanvalistusseura. Vantaa: Dark Oy
- Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J & Valli R. 2010. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin*. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 214–229.
- Heinämäki, R., Voipio-Pulkki, L., Mäenpää T. & Kaila M. 2007. Kiireettömän erikoissairaanhoidon perusteet. Paikallinen käytäntö ohittaa usein valtakunnalliset kriteerit. *Lääkärilehti* 43/2007 vsk 62, 4019–4023.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hulkkonen, P. Salomaa, I. & Tamminen, P. 2013. Luustokuntoutuja oman hyvinvointinsa valtiaaksi – Miksi ja miten? Luento Luustotiedon ajankoh-
taispäivillä 27.11.2013 Helsinki. [Viitattu 10.10.2014]. Saatavissa:
[http://luustoliitto.fi/sites/default/files/tiedostot/Salomaa%20ja%20Hulkko-
nen%20ja%20Tamminen%201.pdf](http://luustoliitto.fi/sites/default/files/tiedostot/Salomaa%20ja%20Hulkko-
nen%20ja%20Tamminen%201.pdf)

Huotari, P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja
terveystoimessa -neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsi-
tyksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Akateeminen väitöskirja.
Tampere: Tampere University Press.

Hyvis.fi 2015. Sähköinen asiointi; Terveyttä ja hyvinvointia. [Viitattu
10.10.2015]. Saatavissa: <http://www.hyvis.fi/lan/fi/Sivut/default.aspx>

Häkkinen, K. 2004. Nykysuomen etymologinen sanakirja. Porvoo: WSOY.

Iivari, A., Ruotsalainen, P. & Hämäläinen, H. 2002. Sosiaali- ja terveyden-
huollon tietoteknologia palvelujärjestelmän muutosten tukena. Teoksessa
M. Heikkilä & A. Parpo (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus
2002. Stakes. Saarijärvi: Gummerus.

Ikola-Norrbacka, R. 2010. Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa: Esi-
miestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa
professiossa. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Akateeminen väi-
töskirja.

IMS, Integrated Management System 2014. Toimintajärjestelmä. [Viitattu
7.8.2014]. Saatavissa: <http://www.ims.fi/>.

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta (JUHTA) 2012. JHS suo-
situkset. JHS 152 prosessien kuvaaminen.[viitattu 6.5.2014] Saatavissa:
<http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>

Junnonen, P., Pitkälähti, O. ja Pitkänen S. 2013. Askosta eteenpäinmeno-
voimaa – Avomuotoisen sopeutumisvalmennustoiminnan kehittämishanke
osteoporoosikuntoutujille (ASKO). Ulkoisen arvioinnin loppuraportti. Hel-
sinki: Kuntoutussäätiö.

Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus 2011.
Hyvä fysioterapia – käytäntö (online). Suomen Fysioterapeutit – Finlands
Fysioterapeuter ry:n asettama työryhmä: Pajala, S., Piirtola, M., Karin-
kanta, S., Mäntä, M., Pitkänen, T., Punakallio, A., Sihvonen, S., Kettunen,
J. & Kangas, H. [viitattu 19.5.2015]. Saatavissa: [http://www.ter-
veysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003](http://www.ter-
veysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003)

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylä:
Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutki-
muksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikor-
keakoulu.

Kansanterveyslaki 66/1972. [viitattu 10.4.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Karinkanta, S. 2015. Vanhempi tutkija. UKK-instituutti. Lonkkamurtumien ilmaantuvuus Lahdessa. Suullinen tiedonanto 18.6.2015 sekä [sähköposti] 22.6.2015.

Karrlöf, B. & Lövingssön, F.H. 2007. Re Organization. Berling: Springer Verlag.

Kenni, M. & Asikainen, J. 2011. Kohti uuden sukupolven organisaatioita. Esimerkkejä kuntien prosessimaisesta toiminnasta. Helsinki: Kuntaliitto.

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tu-
lonen-Tapio, M., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, Brander, P., Komu-
lainen, J. 2006. Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laa-
dintaan ja toimeenpanoon. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Kiiskinen, S., Linkoaho, A. & Santala, R. 2002. Prosessien johtaminen ja ulkoistaminen. Helsinki: WSOY.

Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P. & Willis, J. 2010. What is a clinical path-way? Development of a definition to inform the depate. BMC Medicine 8:31. [viitattu 15.10.2014] Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-8-31.pdf>

Kirjonen, J. 2007. Kehittäminen asiantuntijatyönä. Teoksessa Seppänen, R. & Karjalainen, V. (toim.). Kehittämistyön risteyksiä. Helsinki: STAKES, 117–133.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä projektina. Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen, R., & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena.

Klemola, L., Saranto, K., Ensio, A. & Kivekäs, E. 2006. Lonkka- ja sydän-
potilaiden hoitoketjujen toimivuus ja niiden kehittäminen henkilökunnan
näkökulmasta. Suomen Lääkärilehden artikkelit 23/2006. [viitattu
10.8.2015]. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/sisallys/?nr=23,yr=2006>

Koski, A-M., Patala, A., Venäläinen, M. & Kiviranta, I. 2006. Osteoporoosin hoidon organisointi; Keski-Suomen malli. Suomen Lääkärilehti 8/2006 vsk 61.

Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tuloksellisen toiminnan kehittämistä koskeva suositus 17.12.2008. [viitattu 18.8.2015] Saatavissa: <http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/sopimukset/tyoelamanhttp://www.kuntatyonantajat.fi/fi/sopimukset/tyoelaman-kehittaminen/henkilostojohtaminen-tuloksellisuus-ja-osaaminen/Sivut/tuloksellisen-toiminnan-kehittamista-koskeva-suositus.aspxkehittamien/henkilostojohtaminen-tuloksellisuus-ja->

[osaaminen/Sivut/tuloksellisen-toiminnan-kehittamista-koskeva-suositus.aspx](#)

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus: Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Raporttisarja 2005/2. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Laamanen, K. 2004. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona –ideasta käytäntöön. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2002. Prosessijohtamisen käsitteet. Terms and concepts in business process management. MET julkaisuja 6/2002. Tampere: Tammerpaino Oy.

Laamanen, K. 2009. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona- ideasta käytäntöön. Laatukeskus Excellence Funland. Espoo: Redfina.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. [Viitattu 12.10.2015]. Saatavissa: [file:///C:/Users/User/Downloads/Laatusuositus%20hyv%C3%A4n%20ik%C3%A4%C3%A4ntymisen%20turvaamiseksi%20ja%20palvelujen%20parantamiseksi%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Laatusuositus%20hyv%C3%A4n%20ik%C3%A4%C3%A4ntymisen%20turvaamiseksi%20ja%20palvelujen%20parantamiseksi%20(2).pdf)

Lahden ammattikorkeakoulu 2013. YAMK-opinnäytetyöohje. [Viitattu 12.4.2015]. Saatavissa: <http://reppu.lamk.fi/mod/book/view.php?id=358182&chapterid=2155>

Lahden kaupunki 2013. Henkilöstösuunnitelma 2014–2016. [viitattu 18.4.2015]. Saatavissa: https://www.google.fi/?gfe_rd=cr&ei=0J1DVoGe-MeKO8Qe3_q_YCA&qws_rd=ssl#q=lahden+kaupunki+henkil%C3%B6st%C3%B6suunnitelma

Lahden kaupunki 2013a. Lahden kaupungin strategia 2025. [viitattu 18.4.2015]. Saatavissa: [http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/929701668024465BC2257B5C002329AE/\\$file/Lahden%20kaupungin%20strategia%202025%20p%C3%A4ivitys%202013.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/929701668024465BC2257B5C002329AE/$file/Lahden%20kaupungin%20strategia%202025%20p%C3%A4ivitys%202013.pdf)

Lahden kaupunki. 2013b. Päätöksenteko ja talous. Organisaatio. [viitattu 10.4.2013]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/subpages/paatoksentekojatalousorganisaatio>.

Lahden kaupunki 2013c. Prosessien tuottavuuden tehostaminen. Esimiehen ”kehittämistyökalut”. [Viitattu 19.8.2015]. Saatavissa: Lahti intranet.

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Talentum oyj.

Lindberg, A. 2013. Hoitoketju prosessin johtamisentyökaluna. Tutkittuun tietoon perustuvan alueellisen hoitoketjunarviointi. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Lindroos, J-E. & Lohivesi, K. 2010. Onnistu strategiassa. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Liikunta. Käypä hoito -suositus, 2012. [viitattu 12.4.2014]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus.jsessio-nid=C0C6C7A14A66BAD885414E319C1669C5?id=hoi50075>

Linturi, H. 2003. Toimintatutkimus. [viitattu 12.4.2014]. Saatavissa: http://nexusdelfix.internetix.fi/sv/sisalto/materiaalit/2_metodit/5_ac-tix?C:D=61566&C:selres=61566

Luukkonen, I., Mykkänen, J., Itälä, T., Savolainen, S., Tamminen, M. 2012. Toiminnan ja prosessien mallintaminen. Tasot, näkökulmat ja esimerkit. SOLEA hanke. Itä-Suomen yliopisto. Aalto yliopisto.

Luustoliitto 2013. Asko-kurssi ja luustoinfo. [viitattu 12.10.2015]. Saatavissa: <http://www.luustoliitto.fi/asko/asko-kurssi/luustoinfo>

Luustoliitto 2015. [viitattu 4.11.2015] Saatavissa: <http://www.luustoliitto.fi/>

Martinsuo, M. & Blomqvist, M. 2010. Prosessien mallintaminen osana toiminnan kehittämistä. Tampereen teknillinen yliopisto. Teknis-taloudellinen tiedekunta. Opetusmoniste 2. [Viitattu 2.9.215]. Saatavissa: http://dSPACE.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/6825/proses-sien_mallinta_minen.pdf.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Miettinen, A. 1999. Organisaatioiden muutos- ja kehittämisprosessit – luonne ja dynamiikka. Aikuiskasvatus 1/1999, 37–47.

Mänty, M., Sihvonen, S., Halko, T. & Laulamaa, A. 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat, Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B29/2007. Helsinki; Kansanterveyslaitos, Terveystiedon edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osasto.

Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R.P. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosittelujen toimeenpano. Käypä hoito-suosituksista käytäntöön. Suomen Lääkäriseura Duodecim. [viitattu 4.10.2014] Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=7b82110b-60a7-11de-8d93-611da34ece74/Toimeenpano-opas_2003.pdf

Möttönen, S. 2009. Byrokratiasta tilaaja-tuottajamalliin – Kaupunkien organisaattiorakenteiden ja ohjaustapojen uudistussuunta. Teoksessa Talouden perusteista julkisjohtamisen käytäntöihin: Kunnallistalouden emeritusprofessori Pentti Meklinin juhlakirja. Tampereen yliopisto.

National Institutes of Health 2012. Once Is Enough: A Guide to Preventing Future Fractures. Saatavissa: [viitattu 24.5.2015].

http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Bone/Osteoporosis/Fracture/default.asp

Nordback, I., Salo, M., Holmberg-Marttila, D., Päivä, H., Porkkala, T. & Kaila, M. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. Suomen Lääkärilehti. 17/2010, vsk 65.

Ojasalo, K, Moilanen, T & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY.

Osteoporoosin Käypä hoito –suositus 2014. Suomen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Osteoporoosin Käypä hoito –suositus 2014 b. (online). Suomen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [viitattu 10.6.2013]. Saatavissa: www.kaupahoito.fi

Paasivaara, L, Suhonen, M & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Pajala, S., 2006. Postural balance and susceptibility to falls in older women Genetic and environmental influences in single and dual task situations. Faculty of Sport and Health Sciences. University of Jyväskylä. 2006. Studies in sport, physical education and health 1

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Opas 16:2012. [viitattu 10.6.2013]. Saatavissa:

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085108>

Palvanen, M., Kannus, P., Piirtola, M., Niemi, S., Parkkari, J. & Järvinen, M. 2013. Effectiveness of the Chaos Falls Clinic in preventing falls and injuries of home dwelling older adults: A randomised controlled trial. Injury, Int. J. Care Injured 45/2014, 265-271.

Parviainen, P., Lillrank, P. & Ilvonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa, käytännöt, vastuut ja valvonta. Tampere: Talentum Media Oy.

Pekkarinen T. 2011. Kurssimuotoisen ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuus lonkkamurtumien ehkäisyssä. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:9. Helsinki.

Pelin, P. Projektihallinnan käsikirja. 2009. Projektijohtaminen Oy Risto Pelin. Helsinki.

Piirtola, M. & Kivelä, S-L. 2004. Iäkkäiden kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisy on tärkeää. Nova, volume 4. [viitattu 17.4.2013]. Saatavissa: <http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/HOITOYHTEISO2/NOVA/VOLUME4.PDF>

Piirtola, M. 2011. Fractures in older people –incidence, predictors consequences. Väitöstudium. Turun yliopisto.

Rahikka, A. 2013. Dialogi auttavassa verkkopalvelussa. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen ammattilaisten kertomuksia kommunikaatiosta. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2011. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOY pro.

Rosenvall, A. 2015. Osteoporoosipotilaan tutkiminen ja hoito. Luento Lahden Ammattikorkeakoulu, Lahti, 17.3.2015. Uudistuva asiantuntijuus –täydennyskoulutus.

Salomaa, I. & Vanhala, T. 2010. Kaatumis- ja osteoporoosiklinikan perustaminen Lahteen. Projektisuunnitelma. Lahden Ammattikorkeakoulu.

Salomaa, I. 2014. Luento Avokuntoutusfoorumissa 27.11.2014. Luustokuntoutujan avokuntoutuksen yhteistyö. Helsinki. [viitattu 4.5.2015]. Saatavissa: <http://docplayer.fi/5113738-Luustokuntoutujan-avokuntoutuksen-kehittamisyyhteisty-lahtessa-avokuntoutusfoorumi-27-11-2014-iiris-saloma-ft-amk-kaaos-klinikka.html>

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin. Helsinki: Stakes.

Seppänen-Järvelä, R. 2006 Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin –kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskysymyksiä. Helsinki: Stakes.

Seppänen – Karjalainen R, Järvelä, V. 2009. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin –kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppänen, Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskysymyksiä. Stakes.

Sidorova, A. & Isik, O. 2010. Business process research: a cross-disciplinary review. Business Process Management Journal. Vol. 16 No. 4, 2010. Emerald Group Publishing Limited. Limited Sidorova

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa – Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Simonen, O. (toim.) 2009. Osteoporoosin ja kaatuilun aiheuttamien murtumien ehkäisy, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen. Kansallinen toimenpideohjelma vuosille 2009–2012. Hakapaino Oy, Helsinki..

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. [viitattu 4.10.2015] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Terveystenhuoltolakilaki 2011. [viitattu 5.11.2014] Saatavissa: www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/lainsaadanto/terveydenhuoltolaki-ja-sen-toimeenpano/terveydenhuoltolaki-ja-siihen-liittyvat-asetukset

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. [viitattu 4.5.2015]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sote- ja itsehallintouudistus 2015. [viitattu 5.11.2015] Saatavissa: <http://stm.fi/sote-uudistus>

Stakes 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. [viitattu 20.11.2014] Saatavissa: <http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9>

/4017/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_kasi.pdf

Stenvall, J. & Airaksinen, J. 2009. Manse mallillaan. Tampereen mallin arviointi ja palveluinnovaatiot. Suomen Kuntaliitto. Acta nro 211. Helsinki

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-5051. 2013. Kaatuminen yleisin tapaturmakuoleman syy. Helsinki: Tilastokeskus. [viitattu 29.8.2015] Saatavissa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_005_fi.html

Taipale, M. 2004. Työnjohtajasta tiimivalmentajaksi –Tapaustutkimus esimiehistä tiimien ohjaajina ja pedagogisina johtajina prosessiorganisaatiossa. Väitöstutkimus. Tampereen yliopisto.

Tamminen, P. 2013. ASKO Avomuotoisen sopeutumisvalmennustoiminnan kehittämishanke osteoporoosi- ja osteopeniakuntoutujille 2011–2012 Loppuraportti. Suomen Osteoporoosiliitto, Helsinki.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja hallintotiede. Väitöskirja.

Tapaturmakatsaus, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri. THL. [viitattu 26.9.2015] Saatavissa: <http://www.thl.fi/tilastoliite/tapaturmat/alueraportit/2014/sairaanhoitopiiri/P%C3%A4ij%C3%A4t-H%C3%A4me.pdf>

Toivonen, M., Ramstedt-Sen, T. & Anttiroiko, A-V. 2011. Prosessien kehittäminen kuntien teknisellä sektorilla. KUPERA-hankkeen raportti. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu. [viitattu 11.5.2015] Saatavissa: https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/95936/Ae_3_2014.pdf?sequence=2<http://kuntatekniikka.kuntalehti.fi/toimijat/kehto/KuperaTyopaketti/OperoiniInnovaatiot/Documents/Untitled%20attachment%2000037.pdf>

Tevameri, T. & Kallio, T. 2009. Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleen kehittämisessä. Hallinnon tutkimus 1/2009, 15–31.

Tevameri, T. 2010. Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa. Turun kauppakorkeakoulu. Väitöstutkimus. [viitattu 11.5.2015] Saatavissa: https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/95936/Ae_3_2014.pdf?sequence=2

Terveysturvallisuuslaki 1326/2010. 2, 4, 5 ja 32 §. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu nro 2008:6.

THL Sotkanet Tilasto- ja indikaattoripankki 2013. [viitattu 11.5.2015] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/tietoa-tapaturmista/tilastot/tilastokatsaukset/tapaturmakuolemat>

THL Tapaturmatietokanta. [viitattu 11.5.2015]. Saatavissa www.thl.fi/tapaturmat

Tilastokeskus 2013. Kaatumiset yleisin tapaturmakuolemien syy. [viitattu 20.5.2015]. Saatavissa: https://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_005_fi.html

Tilastokeskus 2014. Kaatumiset yleisin tapaturmakuolemien syy. [viitattu 20.5.2015]. Saatavissa: <http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/kat.html>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuurala, T. 2010. Prosessi, prosessien ohjaus, prosessiorganisaatio. Laatuakatemia. Viitattu [9.5.2013]. Saatavissa: <http://www.kotiposti.net/tuurala/prosessit.htm>

Valkama, K. 2010. Terveysturvallisuuden tuotteistaminen, Case Hatanpään sairaala, Pro gradu tutkielma, Tampereen yliopisto: Tampere.

Valtiovarainministeriö. 2013. CAF 2013 (The Common Assessment Framework) [viitattu 15.11.2014]. Saatavissa: http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/CAF_2013.pdf

Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut-millainen metodi? Teoksessa: Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Toim. Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vanhaecht, K. 2007. The impact of Clinical Pathways on the organisation of care processes. Katholieke Universiteit Leuven.

Vataja, K. 2012. Kehittyvä työyhteisö Itsearviointin hyödyntäminen työyhteisön kehittämisessä kunnallisessa sosiaalitoimessa. Tutkimus 86/2012. Väitöstutkimus. Jyväskylän yliopisto.

Virtanen, P. & Stenvall, J. 2010. Julkinen johtaminen. Helsinki: Tietosanomaa Oy.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P., & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011.[viitattu 11.4.2014]. Saatavissa <http://www.tekes.fi/Julkaisut/matkaopas.pdf>

Virtanen, P. & Wennberg, M. 2007. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Terveystenhuollon toimintaprosessit: Terveystenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 53/2011.

Välimäki, M. 2014. Osteoporoosin hoito tutkimuksen ja pitkän kokemuksen valossa. Professori, sisätautien ja endokrinologian erikoislääkäri, tutkija. [viitattu 11.4.2014]. Saatavissa <http://www.luustoliitto.fi/sites/default/files/osteoporoosin%20hoito.pdf>

Väänänen, H. 2014. Osteoporoosipotilaan tutkiminen diagnostisointi ja hyvä hoito. Luento 5.11.2014 Lahden sosiaali- terveystoimialan ammattilaisille. Sibelius-talo, Lahti.

Waris, P. 2015. Re: Osteoporoosin riskitestien MOI ja FRAX antamien tulosten vertailu ja luotettavuus [sähköpostiviestit]. Vastaanottaja Salomaa, I. Lähetetty 20.8.–15.9.2015.

LIITTEET

LIITE 1

Kaatumis- ja osteoporoosiklinikka – KAAOS

Tavoite:

Ikääntyvien liikunta- ja toimintakyvyn tukeminen, kaatumistapaturmien, luukadon ja niistä aiheutuvien luunmurtumien ja muiden vammojen ennaltaehkäisy

Kohderyhmä:

- Henkilöllä on osteoporoosiepäilyn lisäksi heikentynyt liikunta- ja toimintakyky / suurentunut kaatumisen riski

Osteoporoosin riskitekijöitä ovat mm:

- pienien energisen murtuman jälkitila (kaatumisesta samalla tasolla tai putoamisesta matalalta syntynyt)
- epäily osteoporoosista röntgenkuvan perusteella
- pituuden lyhentyminen vähintään 5cm / korostunut torakaalinen kyfoosi
- kehon painoindeksi BMI < 19
- ruoansulatuskanavan sairaudet: esim. keliakia, vaikea laktoosi-intoleranssi,
- D-vitamiinin tai kalsiumin puutos, hypertyreoosi, ...

Toiminta:

KAAOS -klinikalla kartoitetaan kaatumisen ja murtumien riskitekijät kokonaisvaltaisesti ja yksityiskohtaisesti sekä ohjataan ja neuvotaan ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. KAAOS -klinikalla työskentelee fysioterapeutti ja osa-aikainen lääkäri. Tarpeen mukaan asiakas ohjataan muiden terveydenhuollon ammattilaisten vastaanotolle.

Keinoina mm.:

- terveyshaastattelu
- osteoporoosin riskitesti
- tasapainon hallinnan sekä liikunta- ja toimintakyvyn testaus ja arviointi
- liikuntaneuvonta ja liikuntasuunnitelma
- liikkumisen apuvälineen tarpeen arviointi
- tarvittaessa kotikäynti, jolloin kartoitetaan elinympäristön ulkoiset riskitekijät ja arvioidaan apuvälinetarve
- lonkkasuojaimien käytön ohjaus
- liukkaan kelin varoitus puhelimeen
- lääkärin konsultaatio / vastaanottokäynti
- luulaboratoriotutkimukset ja harkinnan mukaan luuntiheysmittaus
- kaatumis- ja murtumariskiä lisäävien sairauksien hoito
- lääkityksen tarkastus

Yhteystiedot:

Iiris Salomaa, fysioterapeutti AMK, iiris.salomaa@lahti.fi
gsm: 044 – 7161 334, puhelinaika arkisin klo 12.00 - 13.00

LIITE 2



KUTSU

24.9.2014

Osteoporoosipotilaan tunnistaminen, hoito ja kuntoutus -koulutusiltapäivä**Aika:** kaksi saman sisältöistä koulutusiltaa 20.11. ja 26.11.2014**Paikka:** Sibeliustalo, Lahti**Kohderyhmä:** lääkärit, hoitajat, vastaanottoavustajat, kuntoutustyöntekijät**Ohjelma:**

klo	
12.00-12.30	Lounas
12.30-12.35	Avaus, Leea Kallio, koulutusylilääkäri, Itäinen lähiklinikka
12.35-13.20	Osteoporoosin Käypä hoito –suositukset 2014, Hannu Väänänen, gastroenterologi, Orton, Osteoporoosiklinikka
13.20-14.00	Luuntiheysmittaus, lausunnot, kuvien tulkinta ja johtopäätökset Hannu Väänänen, gastroenterologi, Orton, Osteoporoosiklinikka
14.00-14.15	Amgenin puheenvuoro, Jari Lindell
14.15-14.40	Kahvitauko
14.40-15.45	Osteoporoosipotilaan hoitopolku Lahdessa; Osteoporoosipotilaan tunnistaminen, hoito ja kuntoutus Ulla Toivonen, oh, LKS os. L41 Anne Kosonen, sh, reuma- ja luustohoitaja, Itäinen lähiklinikka Iiris Salomaa, ft, Kaatumis- ja osteoporoosiklinikka KAAOS Pauliina Tamminen, luustoneuvoja, projektipäällikkö, Suomen Luustoliitto
15.45-16.00	Päivän päätös, Leea Kallio

Koulutus on osallistujille maksuton. Molempiin koulutusiltoihin mahtuu 100 osallistujaa.
Koulutuspaikat täytetään ilmoittautumisjärjestyksessä.

Ilmoittautuminen: 12.11.2014 mennessä

<http://digiumenterprise.com/answer/?sid=1230526&chk=93NG232A>

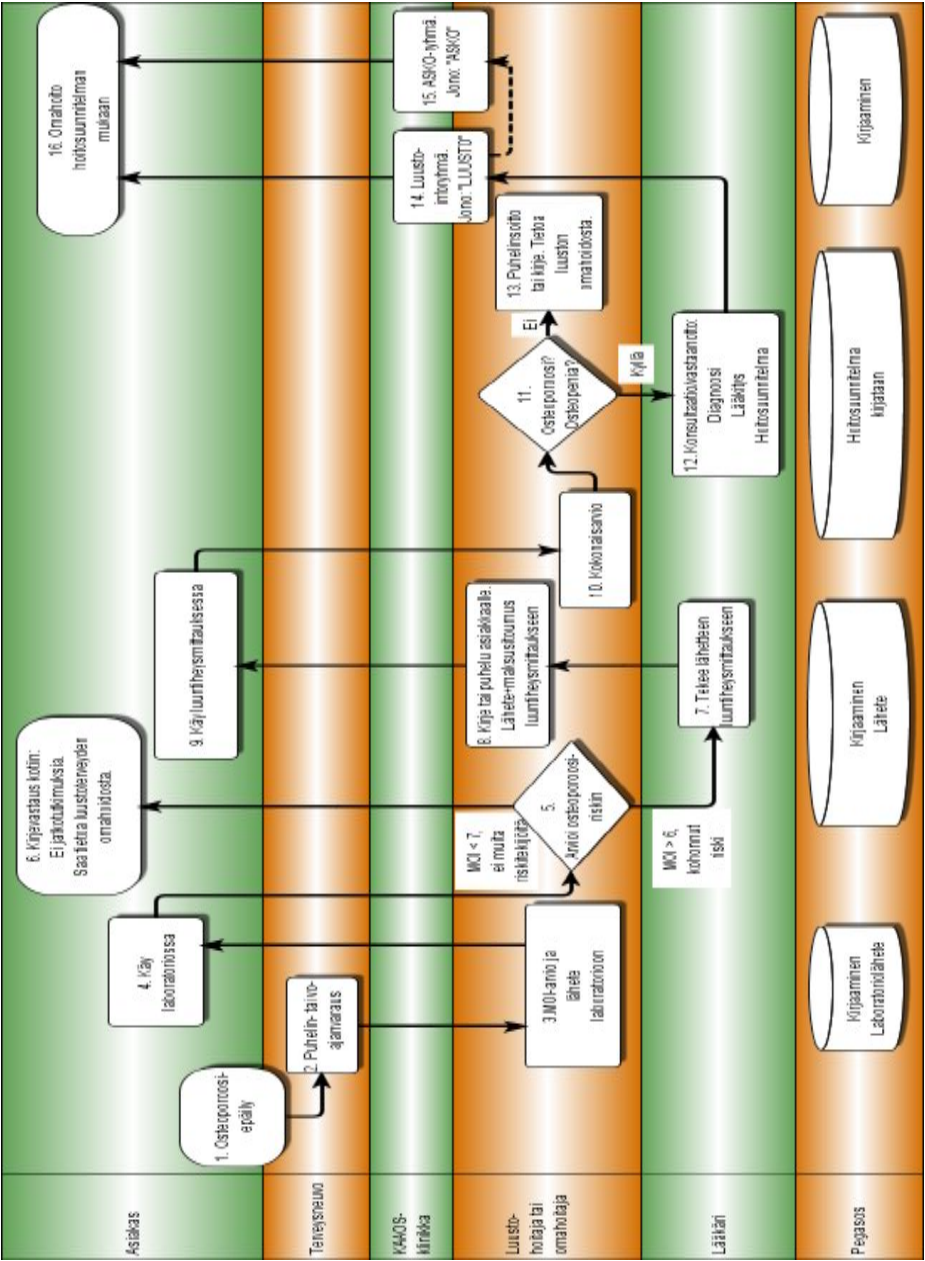
Lämpimästi tervetuloa!

Amgen
Jari Lindell, tuotespesialisti
gsm. 040 – 7547 323
jari.lindell@amgen.com

Lahden sote, Kaatumis- ja osteoporoosiklinikka
Iiris Salomaa, ft AMK
gsm. 044 – 7161 334
iiris.salomaa@lahti.fi

LIITE 3

Luustohoitajan toimintaprosessi



LIITE 4

Kaaos-klinikan toimintaprosessi

